

審定	
主文	申請審議駁回。
事實	<p>一、境外就醫地點：大陸地區○○醫院。</p> <p>二、就醫原因：子宮肌瘤。</p> <p>三、就醫情形：</p> <p>(一) 113 年 9 月 2 日急診。</p> <p>(二) 113 年 9 月 2 日至 12 日住院。</p> <p>(三) 113 年 9 月 19 日門診。</p> <p>四、核定內容：</p> <p>(一) 113 年 9 月 2 日急診及 113 年 9 月 19 日門診：缺件(缺診斷書無法補件，不符合申請條件)，不予給付。</p> <p>(二) 113 年 9 月 2 日至 12 日住院：子宮肌瘤已 4 年多病史，非屬不可預期之緊急傷病，不予給付。</p>
理由	<p>一、法令依據</p> <p>(一) 全民健康保險法第 55 條第 2 款。</p> <p>(二) 全民健康保險自墊醫療費用核退辦法第 3 條、第 5 條第 1 項及附表暨第 2 項。</p> <p>(三) 本部改制前行政院衛生署 91 年 10 月 2 日衛署健保字第 0910060027 號函。</p> <p>二、關於 113 年 9 月 2 日急診及 113 年 9 月 19 日門診部分</p> <p>(一) 按全民健康保險法第 56 條第 2 項授權訂定之全民健康保險自墊醫療費用核退辦法第 5 條第 1 項附表已明訂，保險對象申請核退醫療費用時應檢具之書據，包含診斷書或證明文件等，是保險對象申請核退醫療費用，應檢具診斷書或證明文件，始得向健保署申請核退醫療費用，如申請書據不全者，依前揭全民健康保險自墊醫療費用核退辦法第 5 條第 2 項規定，保險對象應於健保署通知之日起 2 個月內補件，屆期未補正者，健保署逕依所送書據進行審核，合先敘明。</p> <p>(二) 此部分申請人僅檢附記載收費項目及金額之「門診收費票據」，並未依規定檢附診斷書或證明文件，經健保署○○業務組以 113 年 12 月 6 日健保○○○字第 0000000000 號書函請申請人補件，申請人於 113 年 12 月 26 日(健保署收件日)於【全民健康保險自墊醫療費用核退無法補件聲明書】，聲明「因工作無法補齊 113 年 9</p>

月 2 日、19 日診斷書，請就現有資料逕行審查」等語，此亦為申請人所不否認，而迄於 114 年 2 月 21 日(本部收文日)申請審議時，申請人亦未補附診斷書或證明文件供核，健保署不同意核退此部分醫療費用，核無不合。

三、關於 113 年 9 月 2 日至 12 日住院部分

(一) 健保署提具意見

為維護申請人權益，該署復依申請人所附相關資料再送專業審查結果，根據所附資料無出血程度、生命跡象、血紅素數據等記載，無法得知入院時的緊急程度，且若為已知子宮肌瘤並有緊急出血狀況，急診或住院處理之首選應為止血和輸血治療，而非住院開刀，非屬不可預期之緊急傷病，不予給付，原核定並無不當。

(二) 此部分經綜整申請審議理由、本部委請醫療專家審查意見及卷附「出院證明」、「醫療收費明細」等相關就醫資料影本顯示，申請人因「發現子宮肌瘤 4 年，陰道流血 20 天，腹痛半天」於 113 年 9 月 2 日住院就醫，診斷為「多發性子宮肌瘤伴出血」等，113 年 9 月 9 日接受「1. 腹腔鏡全子宮切除術 2. 腹腔鏡雙側輸卵管切除術 3. 腹腔鏡下輸尿管粘連鬆解術 4. 診斷性刮宮術」，113 年 9 月 12 日出院，申請理由雖陳稱其大量出血云云，惟申請人有子宮肌瘤病史 4 年，卷附該次住院就醫資料並未提及出血程度及血紅素數據，亦無危及生命跡象或情況緊急之相關描述，且上開診斷非屬全民健康保險自墊醫療費用核退辦法第 3 條所定之緊急傷病範圍，尚難認屬因不可預期之緊急傷病而就醫。

(三) 綜合判斷：同意健保署意見，不予核退 113 年 9 月 2 日至 12 日住院費用。

四、申請人主張其幾年前發現有子宮肌瘤，因已近更年期，醫生建議持續追蹤，至去年肌瘤有長大現象，回國檢查，但因血紅素過低無法開刀，去年 8 月底因工作關係至大陸地區，9 月 2 日即因大量出血由急診轉住院治療，因血紅素過低，醫生決定延後幾天開刀云云，惟所稱核難執為本案之論據，分述如下：

(一) 查全民健康保險係強制性社會保險，雖肩負著保障全體國民健康之使命，惟基於財源之有限性與醫療資源分配正義性，以保險醫事服務機構所提供之適切、合理而有必要之基本醫療照護為前提。我國考量各國生活水準之差異，為維護整體保險對象權益之公平性，乃於全民健康保險法第 55 條第 2 款及第 56 條第 2 項規

定：「保險對象有下列情形之一者，得向保險人申請核退自墊醫療費用：二、於臺灣地區外，因罹患保險人公告之特殊傷病、發生不可預期之緊急傷病或緊急分娩，須在當地醫事服務機構立即就醫；其核退之金額，不得高於主管機關規定之上限。」、「保險對象申請核退自墊醫療費用應檢具之證明文件、核退基準與核退程序及其他應遵行事項之辦法，由主管機關定之。」，本部改制前行政院衛生署遂按上開法律授權訂定「全民健康保險自墊醫療費用核退辦法」，先予敘明。

(二) 依前開規定，保險對象至非本保險醫療機構就醫，以發生不可預期之緊急傷病或緊急分娩，須在當地醫事服務機構立即就醫者，始得申請核退醫療費用，該核退內容自亦以適切、合理而有必要之緊急處置為限，又依本部改制前行政院衛生署 91 年 10 月 2 日衛署健保字第 0910060027 號函釋意旨，前揭核退辦法並賦予保險人對臺灣地區外之核退案件，依例外從嚴之法理，有審核其醫療是否適當且合理之權利，亦有臺北高等行政法院 100 年度簡字第 767 號判決及臺灣士林地方法院 107 年度簡字第 20 號行政訴訟判決可資參照。

(三) 本件申請人急、門診及住院就醫，其中 113 年 9 月 2 日急診及 113 年 9 月 19 日門診未檢附診斷書，另 113 年 9 月 2 日至 12 日住院，除經有審核權限之機關健保署審查判斷外，本部復依前開規定，再委請醫療專家就申請人檢附之前開就醫資料專業判斷結果，亦認為申請人該次住院非屬不可預期之緊急傷病而就醫，已如前述，申請人所稱，核有誤解。

五、綜上，健保署未准核退系爭醫療費用，並無不合，原核定應予維持。

據上論結，本件申請為無理由，爰依全民健康保險法第 6 條及全民健康保險爭議事項審議辦法第 19 條第 1 項規定，審定如主文。

本件申請人如有不服，得於收受本審定書之次日起 30 日內向衛生福利部(臺北市南港區忠孝東路 6 段 488 號)提起訴願。

相關法令：

一、全民健康保險法第 55 條第 2 款

「保險對象有下列情形之一者，得向保險人申請核退自墊醫療費用：二、於臺灣地區外，因罹患保險人公告之特殊傷病、發生不可預期之緊急傷病或緊急分娩，須在當地醫事服務機構立即就醫；其核退之金額，不得高於主管機關規定之上限。」

二、全民健康保險自墊醫療費用核退辦法第 3 條

「本法第五十五條第一款及第二款所定緊急傷病，其範圍如下：

一、急性腹瀉、嘔吐或脫水現象者。

二、急性腹痛、胸痛、頭痛、背痛（下背、腰痛）、關節痛或牙痛，需要緊急處理以辨明病因者。

三、吐血、便血、鼻出血、咳血、溶血、血尿、陰道出血或急性外傷出血者。

四、急性中毒或急性過敏反應者。

五、突發性體溫不穩定者。

六、呼吸困難、喘鳴、口唇或指端發紺者。

七、意識不清、昏迷、痙攣或肢體運動功能失調者。

八、眼、耳、呼吸道、胃腸道、泌尿生殖道異物存留或因體內病變導致阻塞者。

九、精神病病人有危及他人或自己之安全，或呈現精神疾病症狀須緊急處置者。

十、重大意外導致之急性傷害。

十一、生命徵象不穩定或其他可能造成生命危急症狀者。

十二、應立即處理之法定傳染病或報告傳染病。」

三、全民健康保險自墊醫療費用核退辦法第 5 條第 1 項及附表暨第 2 項

「保險對象依本法第五十五條申請核退醫療費用時，其應檢具之書據，規定如附表。」「申請核退醫療費用時應檢具之書據：一、醫療費用核退申請書。二、醫療費用收據正本及費用明細。三、診斷書或證明文件。四、住院案件者：出院病歷摘要。五、出海作業之船員：身分證明文件及當次出海作業起返日期證明文件。六、當次出、入境證明文件影本或服務機關出具之證明。」「保險對象檢送申請書據不全者，應自保險人通知之日起二個月內補件；保險人於

必要時，得依保險對象之申請予以延長，並以一次為限，最長不得逾二個月；屆期未補件者，逕依所送書據進行審核。」

四、本部改制前行政院衛生署 91 年 10 月 2 日衛署健保字第 0910060027 號函

「全民健康保險緊急傷病自墊醫療費用核退辦法第六條第一項第二款所稱核實給付，僅係考量世界各地醫療水準及制度差異性所為之裁量性規定，依例外從嚴之法理，本保險施行區域外之核退案件，除有核退金額不得高於本保險支付各特約醫學中心各類平均費用之上限外，保險人所依循之審查原則應無二致，亦即保險人對施行區域外之核退案件，應有審核其是否適當且合理之權限。」