

審 定	
主 文	一、原核定關於重新核定核退申請人於 113 年 7 月 25 日至 8 月 11 日住院就醫自付之醫療費用計新臺幣 7 萬 9,959 元部分申請審議不受理。 二、其餘申請審議駁回。
事 實	一、境外就醫地點：大陸地區○○醫院。 二、就醫原因：左小腿急性淋巴管炎等(依健保署意見書記載)。 三、就醫情形：113 年 7 月 25 日至 8 月 11 日住院。 四、醫療費用：折合新臺幣(下同)計 8 萬 4,489 元。 五、核定內容： 申請人申請核退 113 年 7 月 25 日至 8 月 11 日(住診)於臺灣地區外就醫，經專業審查，認定非屬不可預期之緊急傷病，所請核退醫療費用，核定不予給付。
理 由	一、法令依據 (一) 全民健康保險爭議事項審議辦法第 18 條第 1 項第 4 款。 (二) 全民健康保險法第 51 條第 4 款、第 9 款及第 55 條第 2 款。 (三) 全民健康保險自墊醫療費用核退辦法第 6 條第 1 項第 2 款前段。 二、關於醫療費用 7 萬 9,959 元部分 此部分申請人於 114 年 4 月 22 日(本部收文日)申請審議後，業經健保署重新核定，同意依收據記載金額，於扣除本保險不給付之中成藥、中草藥、伙食費及中藥貼敷等費用計 4,530 元後，補核退住院費用計 7 萬 9,959 元(84,489 元-4,530 元=79,959 元)，並於 114 年 5 月 1 日以受理號碼 0000000000 全民健康保險自墊醫療費用核退核定通知書核付申請人在案，則重核補付醫療費用 7 萬 9,959 元部分，申請爭議審議標的已不存在。 三、關於其餘未准核退之住院費用差額 4,530 元部分 此部分係申請人系爭住院費用中本保險不給付之中成藥、中草藥、伙食費及中藥貼敷等費用，健保署未准核退，於法並無不合。 四、綜上，原核定關於重新核定核退醫療費用計 7 萬 9,959 元部分，申請爭議審議之標的已不存在，應不予受理；其餘住院醫療費用 4,530 元，健保署未准核退，並無不合，原核定關於此部分應予維持。 據上論結，本件申請為部分不受理，部分無理由，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 18 條第 1 項第 4 款暨第 19 條第 1 項規定，審定如主文。

中 華 民 國 114 年 6 月 20 日

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、全民健康保險爭議事項審議辦法第 18 條第 1 項第 4 款

「權益案件有下列各款情形之一者，應為不受理之審定：四、原核定通知已不存在。」

二、全民健康保險法第 51 條第 4 款及第 9 款

「下列項目不列入本保險給付範圍：四、成藥、醫師藥師藥劑生指示藥品。九、管灌飲食以外之膳食、病房費差額。」

三、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。」

四、全民健康保險自墊醫療費用核退辦法第 6 條第 1 項第 2 款前段

「保險人審查結果，認應核退醫療費用時，應依下列規定及基準辦理：二、發生於臺灣地區外之案件：由保險人依本保險醫療費用支付及給付規定審查後核實給付。」