

審 定	
主 文	申請審議駁回。
事 實	<p>一、就醫地點：馬來西亞○○。</p> <p>二、就醫情形：114 年 1 月 21 日及 23 日計 2 次門診。</p> <p>三、醫療費用：折合新臺幣(下同)各 1,175 元、446 元。</p> <p>四、核定內容：</p> <p>(一) 114 年 1 月 21 日門診：該署前於 114 年 3 月 14 日以健保○字第 0000000000 號函通知補診斷書，惟申請人之法定代理人○○○於 114 年 3 月 19 日以電子郵件回覆無法提供，該署依現有書據逕行審核，核定不予給付。</p> <p>(二) 114 年 1 月 23 日門診：依收據記載金額，核實核退 446 元。</p> <p>五、申請人就未准核退之 114 年 1 月 21 日門診費用部分不服，向本部申請審議。</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 5 條第 1 項、附表及第 2 項。</p> <p>二、依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 項規定，保險對象申請核退自墊之醫療費用時，應檢具之書據包括醫療費用收據正本、費用明細、診斷書或證明文件等資料供健保署審查，倘檢送申請書據不全者，應自健保署通知之日起 2 個月內補件，屆期未補件者，健保署逕依所送書據進行審核，審諸其意甚明。</p> <p>三、本件申請人於 114 年 1 月 21 日及 23 日於臺灣地區外門診就醫，於 114 年 2 月 25 日向健保署申請核退自墊之醫療費用，經健保署審查結果，系爭 114 年 1 月 21 日門診欠缺診斷書，乃以 114 年 3 月 14 日健保○字第 0000000000 號函通知申請人於通知之日起 2 個月內補送「診斷書或出院病歷資料(門診 1140121)」資料，惟申請人之法定代理人○○○於 114 年 3 月 19 日以電子郵件檢附記載「本人女兒○○○因為在馬來西亞旅遊期間得到手足口病，於 2025.1.21 到○○看診，因為沒有好轉，再度於 2025.1.23 去○○看診，皆同一個病因，同一個診所就診，所以診所開立的診斷證明書，只有一份且日期是以 2025.1.23 為記載，請以目前手上的資料做審核，已經沒有其餘的資料可以提供」之聲明書，健保署乃依現有書據逕行審核，於 114 年 4 月 7 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定不予給付，於法並無不合。</p>

	<p>四、申請人固於 114 年 4 月 24 日(本部收文日)申請審議檢附與○○往來電子郵件及醫師說明，並主張其 114 年 1 月 21 日及 23 日兩次門診皆為同一病狀且在同一醫院看診，所以一次性開立診斷書，不是其無法提供云云，惟查健保署 114 年 3 月 14 日健保○字第 0000000000 號通知補件函之說明四已記載應補送 114 年 1 月 21 日門診之診斷書，且健保署意見書陳明，略以查申請人於申請爭議審議時檢附與看診診所來往之電子郵件內容，申請人雖提及 114 年 1 月 21 日及 23 日門診日期，惟該診所開立之診斷書內容「Patient Name：○○○」之「Encounter Date」僅 114 年 1 月 23 日，仍維持原核定等語，所稱核難執為本案之論據。</p> <p>五、綜上，健保署未准核退系爭 114 年 1 月 21 日門診費用，並無不合，原核定關於此部分應予維持。</p> <p>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。</p>
--	--

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 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。」