

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：陣發性心悸不適和氣短。</p> <p>三、就醫情形：113 年 11 月 28 日、30 日、12 月 2 日、14 日、16 日、21 日及 23 日計 7 次門診。</p> <p>四、核定內容：</p> <p>113 年 12 月 2 日及 23 日門診，經專業審查，認定非屬不可預期之緊急傷病。另 113 年 11 月 28 日、30 日、12 月 14 日、16 日及 21 日計 5 次門診，該署前於 114 年 1 月 23 日以健保○字第 0000000000 號函通知補件，迄未接獲補件且逾 2 個月之補件期限，該署依現有書據逕行審核，全案核定不予給付。</p> <p>五、申請人就未准核退之 113 年 11 月 28 日、30 日及 12 月 23 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 3 條、第 5 條第 1 項、附表及第 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 11 月 28 日及 30 日門診部分</p> <p>(一) 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>(二) 此部分申請人 113 年 11 月 28 日及 30 日於臺灣地區外門診就醫，於 114 年 1 月 15 日向健保署申請自墊醫療費用核退，經健保署審查結果，以 114 年 1 月 23 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」，該通知函並於 114 年 2 月 4 日送達申請人，有中華郵政股份有限公司「國內快捷/掛號/包裹查詢」及健保署「寄件查詢」影本附卷可稽，復為申請人所不否認，惟申請人逾期(期間末日 114 年 4 月 4 日星期五為清明連假，延至 114 年 4 月 7 日星期一)</p>

一) 仍未補正，健保署乃依現有書據逕行審核，於 114 年 4 月 16 日以健保○字第 0000000000 號函核定不給付。

(三) 申請人於 114 年 4 月 28 日(本部收文日)申請爭議審議時雖檢附 113 年 11 月 28 日「彩超檢查報告單」及 113 年 11 月 30 日「急診 CT 報告」等就醫資料影本，惟健保署意見書陳明，略以申請人逾 2 個月補件期限仍未補件，且期間未提出申請延長，申請人於郵寄爭議申請書時始提出，顯已逾法定補件期間等語，則健保署不予核退，於法並無不合。

三、關於 113 年 12 月 23 日門診部分

(一) 健保署提具意見

為維護申請人權益，該署復將申請人爭議審議申請書補述事實、理由及相關證據文件再送專業審查，認定 113 年 12 月 23 日門診病歷有描述遠程心電監測顯示房顫，但無此影像報告，仍維持原核定，不同意給付。

(二) 此部分經綜整申請審議理由(含申請人檢附之三軍總醫院附設民眾診療服務處 114 年 2 月 27 日開立之診斷證明書)、本部委請醫療專家審查意見、卷附「門診病歷」等就醫相關資料影本及健保署意見書顯示：

1. 申請人前於 113 年 12 月 2 日門診就醫，主訴「反覆心悸 2 年餘」，經診斷為「1. 心悸 2. 高血壓 3. 心肌肥厚」，嗣於 113 年 12 月 23 日以相同主訴門診就醫，診斷為「1. 陣發性心房顫動 2. 高血壓 3. 心肌肥厚 4. 肥厚型心肌病 5. 高脂血症」，查申請人在系爭門診前 2 年餘即已出現反覆心悸不適之症狀，且卷附就醫資料並無情況緊急之描述，不足以佐證其病情或診斷符合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。
2. 綜合判斷：同意健保署意見，不予核退 113 年 12 月 23 日門診費用。

四、申請人主張其在大陸地區心臟病突轉嚴重，心率在 30~160 間跳動，在臺從未如此，其 114 年 2 月 21 日至 27 日在臺住院治療，確診為肥厚型心肌症，還有安排 114 年 5 月 6 日作心臟超音波。請核退以下費用：(一)113 年 11 月 28 日是抽血，彩超及動態心電圖的檢查費用，所以沒有診斷書，有檢查報告(人民幣 801.50 元)，(二)113 年 11 月 30 日在急診室作 CT，有急診 CT 報告(人民幣 1,656.03 元)，(三)113 年 12 月 23 日是門診確診為房顫，有診斷書(人民幣 1,004.05 元)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)本件申請人系爭 113 年 11 月 28 日、30 日及 12 月 23 日門診就醫，其中 113 年 11 月 28 日及 30 日門診部分，未檢附診斷書等證明文件，而 113 年 12 月 23 日門診部分，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，亦認為均非屬因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 113 年 11 月 28 日、30 日及 12 月 23 日門診醫療費用，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。

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 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。」