

審定	
主文	申請審議駁回。
事實	<p>一、境外就醫地點：日本○○病院。</p> <p>二、就醫原因：左橈骨遠位端骨折（依健保署意見書記載）。</p> <p>三、就醫情形：114 年 1 月 6 日門診。</p> <p>四、醫療費用：折合新臺幣（下同）1 萬 1,168 元。</p> <p>五、核定內容：</p> <p>按健保署公告「114 年 1、2、3 月份全民健康保險臺灣地區外自墊醫療費用核退上限」，門診每次 1,072 元，核退 1 次門診費用計 1,072 元，其餘醫療費用，不予給付。</p> <p>六、申請人不服健保署前開核定，主張其於飯店受傷後，由飯店聯絡救護車送往○○病院急診部做初步診斷及治療，健保署誤以門診費用核退，檢附醫院醫師說明及醫院急診部門公文封面影本佐證云云，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 6 條第 1 項第 2 款及第 2 項。</p> <p>(三) 健保署 114 年 1 月 13 日健保醫字第 1140660006 號公告。</p> <p>二、查本件申請人因傷病於 114 年 1 月 6 日門診就醫，業經健保署認屬臺灣地區外發生不可預期之緊急傷病而就醫，並依前開公告核退上限，門診每次 1,072 元，核退 1 次門診費用 1,072 元有案，其餘係超過核退上限之醫療費用 1 萬 96 元(11,168 元 - 1,072 元 = 10,096 元)，健保署未准核退，於法並無不合。</p> <p>三、申請人雖主張其於飯店受傷後，由飯店聯絡救護車送往○○病院急診部做初步診斷及治療，健保署誤以門診費用核退，檢附醫院醫師說明及醫院急診部門公文封面影本佐證云云，惟所稱核難執為本案之論據，分述如下：</p> <p>(一) 健保署意見書陳明，略以本件申請人因左橈骨遠位端骨折於 114 年 1 月 6 日門診（診斷書之診療科名：「整形外科」，非急診科；結帳時間：17:43:07），案經該署專業審查，同意給付 1 次門診費用。申請人雖提出系爭就醫屬急診，為維護申請人權益，該署復將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，認定所附資料不足以證明為「急診」，不同國家政策與制度有所差異，當次就醫是否等同於健保定義之急診，無法由專業審查片面認定，惟該處置及檢查門診也都能做，爰仍維持原核定等語。</p> <p>(二) 依日本○○病院官網所示醫院組織，該醫院設有「救命救急センター 救急部」（急診醫療中心 急診室）、「特定診療部門 整形</p>

外科」(骨外科)等部門，申請人雖檢附該醫院「擔當科(課)名救命センター」之「料金後納郵便」封面影本，惟該醫院開具之診斷書、收據、費用明細等資料均顯示申請人114年1月6日就醫之科別為「整形外科」(骨外科)，此有記載診療科別為「整形外科」(骨外科)之「診療費納入通知書・領收書」、「診療明細書」及「診斷書」等就醫資料影本附卷可稽，爰此，健保署認定申請人為門診就醫，核無不妥。

四、綜上，健保署依核退上限核退申請人1次門診費用1,072元，其餘超過核退上限之醫療費用，該署未准核退，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。

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6條第1項第2款及第2項

「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。但申請費用高於其急診、門診治療日或出院之日前一季本保險支付特約醫院及診所急診每人次、門診每人次、住院每人日平均費用基準者，其超過部分，不予給付。」「前項第二款有關核退費用之基準，由保險人每季

公告之。」

三、健保署 114 年 1 月 13 日健保醫字第 1140660006 號公告

「依據全民健康保險自墊醫療費用核退辦法第 6 條，公告 114 年 1、2、3 月份
全民健康保險臺灣地區外自墊醫療費用核退上限： 單位：元

年月 項目	門診 (每次)	急診 (每次)	住院 (每日)
114 年 1 月至 114 年 3 月	1,072	3,455	6,333

註：血液透析、論病例計酬案件，其核退上限，依實際接受門診、急診或住院
之服務項目上限辦理。」