

審定	
主文	申請審議駁回。
事實	<p>一、○○○就醫地點：○○○○醫院。</p> <p>二、就醫情形：</p> <p>(一) 112 年 4 月 7 日至 26 日住院。</p> <p>(二) 112 年 4 月 7 日、5 月 16 日、6 月 5 日、7 月 15 日、9 月 26 日、10 月 3 日、6 日、113 年 1 月 8 日、2 月 5 日及 3 月 12 日計 10 次急診。</p> <p>三、醫療費用：自付醫療費用計新臺幣(下同)4 萬 6,378 元。</p> <p>四、核定內容：</p> <p>就醫日 112 年 4 月 7 日至 26 日、5 月 16 日、6 月 5 日、7 月 15 日、9 月 26 日、10 月 3 日、6 日、113 年 1 月 8 日、2 月 5 日及 3 月 12 日已逾自墊核退 6 個月申請效期，故不同意給付。</p> <p>五、○○○不服，於 114 年 5 月 29 日（本部收文日）申請爭議審議，旋於 114 年 6 月 21 日死亡，申請人為○○○之配偶，為其法定繼承人，於 114 年 6 月 26 日承受本件爭議審議。</p>
理由	<p>一、法令依據</p> <p>全民健康保險法第 55 條第 4 款及第 56 條第 1 項第 1 款。</p> <p>二、健保署提具意見</p> <p>經查○○○於 112 年 4 月 26 日取得肝硬化合併為靜脈曲張出血重大傷病資格，後續於 112 年 7 月 22 日再取得呼吸器重大傷病資格，惟迄 114 年 4 月 14 日始提出申請，核定逾期不予核退。</p> <p>三、本件○○○於 112 年 4 月 7 日至 26 日住院及 112 年 4 月 7 日、5 月 16 日、6 月 5 日、7 月 15 日、9 月 26 日、10 月 3 日、6 日、113 年 1 月 8 日、2 月 5 日及 3 月 12 日計 10 次急診就醫，依前揭全民健康保險法第 56 條第 1 項第 1 款前段規定，應自該次出院之日起各該次急診治療當日起 6 個月內，向健保署提出上開自墊醫療費用核退申請，○○○遲至 114 年 4 月 14 日始填具「全民健康保險自墊醫療費用核退申請書」向健保署提出自墊醫療費用核退之申請，有健保署○○業務組○○聯絡辦公室蓋於○○○申請系爭醫療費用之「全民健康保險自墊醫療費用核退申請書」上之收件章戳可按，復為申請人所不否認，本件即已逾 6 個月申請期限。</p> <p>四、申請人主張○○○本身很多慢性疾病，第一次住院費用高達 7 萬多元，陸續住院 13~14 次，累積的欠費也越來越多，家庭經濟長期陷入困難，好不容易 114 年 4 月 14 日終於籌到錢去醫院繳清欠費，趕去申請部分負擔退費，不是故意拖這麼久才去申請云</p>

云，惟所稱核難執為本案之論據，分述如下：

- (一)查保險對象於保險醫事服務機構診療或分娩，因不可歸責於保險對象之事由，致自墊醫療費用者，其申請核退醫療費用之期限，除出海作業之船員，係自返國入境之日起算 6 個月內外，其餘均應於門診、急診治療當日或出院之日起 6 個月內，提出醫療費用核退之申請，已為全民健康保險法第 56 條第 1 項第 1 款所明定，爰一體適用於全體保險對象。
- (二)又前揭 6 個月期限為法定不變期間，尚難因個人因素從寬認定或予以延長。
- (三)另本件○○○系爭住院及 10 次急診，其中住院部分負擔為 3 萬 8,296 元，112 年 4 月 7 日及 5 月 16 日急診部分負擔各為 300 元，其餘 8 次急診部分負擔均為 0 元。
- 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。

中華民國 114 年 7 月 29 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 4 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：四、保險對象於保險醫事服務機構診療或分娩，因不可歸責於保險對象之事由，致自墊醫療費用。」

二、全民健康保險法第 56 條第 1 項第 1 款

「保險對象依前條規定申請核退自墊醫療費用，應於下列期限內為之：一、依第一款、第二款或第四款規定申請者，為門診、急診治療當日或出院之日起六個月內。但出海作業之船員，為返國入境之日起六個月內。」