

審定	
主 文	<p>一、原核定關於重新核定核退申請人○○○於 113 年 9 月 18 日至 25 日住院就醫自付之醫療費用計新臺幣 2 萬 213 元部分申請審議不受理。</p> <p>二、其餘申請審議駁回。</p>
事 實	<p>一、申請人○○○境外就醫地點：日本○○○○○○○病院。</p> <p>二、就醫原因：續發性高血壓（依健保署意見書記載）。</p> <p>三、就醫情形：113 年 9 月 18 日至 25 日住院。</p> <p>四、醫療費用：折合新臺幣(下同)2 萬 2,171 元。</p> <p>五、核定內容：</p> <p>申請人○○○申請 113 年 9 月 18 日至 25 日於日本住院，經該署審查醫師依所檢送相關資料審核，認為不符合不可預期緊急傷病，故不同意給付。</p> <p>六、申請人○○○股份有限公司為申請人○○○之投保單位，一併向本部申請審議。</p>
理 由	<p>一、法令依據</p> <p>(一) 全民健康保險爭議事項審議辦法第 18 條第 1 項第 4 款。</p> <p>(二) 全民健康保險法第 51 條第 9 款及第 55 條第 2 款。</p> <p>(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。</p> <p>二、關於醫療費用 2 萬 213 元部分</p> <p>此部分申請人等於 114 年 4 月 28 日(本部收文日)申請審議後，業經健保署重新核定，同意按收據記載金額於扣除本保險不給付之膳食費 1,958 元後，核退申請人○○○住院費用 2 萬 213 元(22,171 元 - 1,958 元 = 20,213 元)，並於 113 年 5 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退在案，則此部分申請爭議審議標的已不存在。</p> <p>三、關於其餘未准核退之醫療費用 1,958 元部分</p> <p>此部分係申請人○○○系爭住院費用中本保險不給付之膳食費 1,958 元，健保署未准核退，於法並無不合。</p> <p>四、綜上，原核定關於重新核定核退醫療費用計 2 萬 213 元部分，申請爭議審議之標的已不存在，應不予受理；其餘醫療費用，健保署未准核退，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。</p>

中 華 民 國 114 年 6 月 23 日

本件申請人等如有不服，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 9 款

「下列項目不列入本保險給付範圍：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。」