

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：突發性周邊性眩暈（依健保署意見書記載）。</p> <p>三、核定內容：</p> <p>(一) 113 年 10 月 26 日至 27 日住院：醫療費用折合新臺幣（下同）計 13 萬 6,936 元（日幣 655,504 元），按健保署公告之「113 年 10、11、12 月份全民健康保險臺灣地區外自墊醫療費用核退上限」，住院每日 6,493 元，給付 1 日住院費用計 6,493 元，其餘醫療費用，不予給付。</p> <p>(二) 113 年 10 月 28 日門診：醫療費用 2,068 元（日幣 9,900 元），為本保險不給付之證書費，不予核退。</p> <p>四、申請人主張 113 年 10 月 26 日因為其衣服髒，家屬又不能進病房，當下頭昏、吐，醫護人員要其不能動，因為頭暈，覺得很無助，於 10 月 27 日其女兒拿更換之衣服，並提出要出院，醫生問是否出院後就要回臺，為了讓其出院，27 日又拍了片子，10 月 28 日早上醫生上班後，為其辦理出院手續，所以於 28 日上午出院（住院 26 日至 27 日，28 日出院開診斷書），住院日期算錯，而核退清單將 113 年 10 月 28 日費用（日幣 9,900 元）算成門診云云，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 51 條第 10 款及第 55 條第 2 款。</p> <p>(二) 全民健康保險醫療辦法第 21 條。</p> <p>(三) 健保署 113 年 10 月 11 日健保醫字第 1130664658 號公告。</p> <p>二、健保署提具意見</p> <p>(一) 申請人申請因突發性周邊性眩暈疾患住院之自墊醫療費用核退，所附診斷書填載 113 年 10 月 26 日住院至 113 年 10 月 27 日出院，經該署專審醫師認為所請疾病符合不可預期之緊急傷病，依本保險相關規定住院天數之計算（住院日起算，出院不予以列計），核付 1 日住院上限 6,493 元。</p> <p>(二) 申請人所附收據計 2 張，其中 1 張日期 113 年 10 月 28 日收據內容僅為診斷書費用，依全民健康保險法第 51 條第 10 款規定，診斷書費用非本保險給付範圍，另 1 張收據日期為 113 年 10 月 26 日至 10 月 27 日之醫療費用，依所附資料無法證明申請人出院日為 113 年 10 月 28 日。</p> <p>三、本件經綜整申請審議理由、卷附「全民健康保險醫療費用核退申請</p>

書」、「診斷書」（開具日期 113 年 10 月 28 日）、2 紙「TAKEDA HOSPITAL [A RECEIPT]」（收據，各收取 113 年 10 月 26 日至 10 月 27 日醫療費用日幣 65 萬 5,504 元、113 年 10 月 28 日診斷書費日幣 9,900 元）等資料影本及健保署意見書，認為有關系爭申請人住院期間之認定，申請人雖主張其於 113 年 10 月 28 日出院，惟查申請人於「全民健康保險醫療費用核退申請書」已填載住院起迄日為「2024/10/26~2024/10/27」，並於該申請書之「自墊費用原因欄」敘載自墊費用原因為「在海外突發性疾病，於 10/26~10/27 住院治療」等語，況所附「診斷書」亦記載「…27 日に退院」（27 日出院），則健保署認定申請人系爭住院期間為 113 年 10 月 26 日至 27 日，另將 113 年 10 月 28 日（醫院開具診斷書及收取診斷書費）認定為門診就醫，並依該署公告之「113 年 10、11、12 月份全民健康保險臺灣地區外自墊醫療費用核退上限」，住院每日 6,493 元，核退 1 日住院費用計 6,493 元，其餘超過核退上限及本保險不給付之證書費，未准核退，經核尚無不合。

四、綜上，健保署核退醫療費用計 6,493 元，其餘醫療費用未准核退，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 4 月 25 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 51 條第 10 款

「下列項目不列入本保險給付範圍：十、病人交通、掛號、證明文件。」

二、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。」

三、全民健康保險醫療辦法第 21 條

「本保險病房費用，自保險對象住院之日起算，出院之日不予以計入。」

四、健保署 113 年 10 月 11 日健保醫字第 1130664658 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 113 年 10、11、12 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

項目 年月	門診 (每次)	急診 (每次)	住院 (每日)
113 年 10 月至 113 年 12 月	1,034	3,394	6,493

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。」