

審 定	
主 文	<p>一、原核定關於未准核退申請人於 113 年 8 月 19 日門診就醫自付之醫療費用計新臺幣 240 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、就醫地點：○○○○○骨科醫院、○○○○○○○○○○○○○○○○醫院（以下簡稱○○○○○醫院）。</p> <p>二、就醫情形：</p> <p>（一）113 年 8 月 6 日門診。</p> <p>（二）113 年 8 月 6 日至 16 日住院。</p> <p>（三）113 年 8 月 19 日門診。</p> <p>三、醫療費用：計新臺幣(下同)9 萬 4,407 元(含部分負擔費用計 1 萬 8,358 元)。</p> <p>四、核定內容：</p> <p>（一）113 年 8 月 6 日門診及 113 年 8 月 6 日至 16 日住院：○○○○○醫院係依據 113 年 8 月 19 日至 9 月 9 日檢驗病理報告代為申請重大傷病，113 年 9 月 2 日起生效，113 年 8 月 6 日門診及 113 年 8 月 6 日至 16 日住院在 113 年 9 月 2 日（生效日）前，無法給付。</p> <p>（二）113 年 8 月 19 日門診：非急診，需急診轉住院才可免部分負擔。</p> <p>五、申請人主張 113 年 8 月 6 日○○○○○住院手術後，院方即發現癌，並令其轉院再繼續治療，○○○○○出院當日即持轉院單至○醫，因院方稱無病床而發給住院許可證明，令其返家靜待通知，113 年 8 月 19 日因病痛前往○○○○○，發現肺癌擴散至脊椎與腦部，於 113 年 9 月 9 日出院後持續治療，其脊椎之開刀手術為癌細胞之擴散所致云云，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 43 條第 1 項、第 47 條第 1 項、第 48 條第 1 項第 1 款及第 2 項。</p> <p>（三）全民健康保險保險對象免自行負擔費用辦法第 5 條第 1 項前段、第 6 條第 1 項第 1 款及第 2 項。</p> <p>二、按「保險對象應自行負擔門診或急診費用之百分之二十，居家照護醫療費用之百分之五。但不經轉診，於地區醫院、區域醫院、醫學中心門診就醫者，應分別負擔其百分之三十、百分之四十及百分之五十。」、「保險對象應自行負擔之住院費用如下：一、急性病房：三十日以內，百分之十；逾三十日至第六十日，百分之二十；逾六</p>

十日起，百分之三十。二、慢性病房：三十日以內，百分之五；逾三十日至第九十日，百分之十；逾九十日至第一百八十日，百分之二十；逾一百八十日起，百分之三十。」、「保險對象有下列情形之一者，免依第四十三條及前條規定自行負擔費用：一、重大傷病。」為全民健康保險法第 43 條第 1 項、第 47 條第 1 項及第 48 條第 1 項第 1 款所明定，是以，保險對象至保險醫事服務機構門、急診、住院就醫，應按醫療費用之法定比例，自行負擔部分醫療費用，倘保險對象領有重大傷病證明，得減免醫療費用之範圍，係以門、急診或住院之部分負擔醫療費用為限，合先敘明。

三、關於 113 年 8 月 19 日門診部分負擔費用計 240 元部分

此部分申請人於 114 年 2 月 18 日(本部收文日)申請審議後，業經健保署重新核定，同意核退該次門診部分負擔計 240 元，並於 114 年 3 月 14 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醫療費用計 240 元在案，則此部分申請爭議審議之標的已不存在。

四、關於 113 年 8 月 6 日門診及 113 年 8 月 6 日至 16 日住院之部分負擔費用 1 萬 8,118 元 (18,358 元-240 元=18,118 元) 部分

(一) 按「重大傷病證明，以保險對象提出申請之日為生效日。」為全民健康保險保險對象免自行負擔費用辦法第 5 條第 1 項前段所明定。又依同辦法第 6 條第 1 項第 1 款及第 2 項規定：「(第 1 項第 1 款)保險對象持有效期間內重大傷病證明就醫，其免自行負擔費用範圍如下：一、重大傷病證明所載傷病，或經診治醫師認定與該傷病相關之治療。」「(第 2 項)保險對象如因重大傷病住院，並於住院期間申請獲准發給該項重大傷病證明者，其當次住院免自行負擔費用；如住院期間之檢驗報告，於出院後始經確定診斷屬於重大傷病，並據以申請獲准發給該項重大傷病證明，其施行該確定診斷檢驗之當次住院及出院後之相關門診，亦免自行負擔費用。」，是持有重大傷病證明之保險對象原則上須於重大傷病證明有效期間內就醫，並符合重大傷病證明所載病名之傷病或該傷病之相關治療，始得免除自行負擔費用；而所指可回溯至重大傷病證明生效日前之住院及出院後相關門診免部分負擔費用，係指申請獲准發給重大傷病證明之依據為該次住院期間所施行之檢驗結果，而於出院後始經確定診斷符合該重大傷病證明所載病名之情形。

(二) 此部分經本部審查卷附「診斷證明書」、「病理組織檢查報告」、保險對象門診就醫紀錄明細表、全民健保重大傷病證明申請作業電腦查詢畫面等相關資料影本及健保署意見書記載，認為本件申請人申准取得「C3491」(右側支氣管或肺惡性腫瘤)重大傷病證明，

乃係由○○○○醫院於 113 年 9 月 2 日經由網路代向健保署提出而獲准，有效起迄日為 113 年 9 月 2 日至 118 年 9 月 1 日，則申請人於○○○○骨科醫院系爭 113 年 8 月 6 日門診及 113 年 8 月 6 日至 16 日住院，既非在前開重大傷病證明有效期間內，自不符合全民健康保險保險對象免自行負擔費用辦法第 6 條第 1 項規定；又健保署據以發給前開重大傷病證明之依據係○○○○醫院 113 年 8 月 28 日病理組織檢查報告，並非申請人於○○○○骨科醫院住院之檢驗報告，即無適用全民健康保險保險對象免自行負擔費用辦法第 6 條第 2 項規定，例外回溯至重大傷病證明生效日前免除部分負擔費用之餘地，則系爭門診及住院部分負擔費用，即應由申請人自行負擔，健保署未准核退，並無不合。

五、綜上，原核定關於重新核定核退申請人 113 年 8 月 19 日門診部分負擔費用計 240 元部分，申請爭議審議之標的已不存在，應不予受理；其餘 113 年 8 月 6 日門診及 113 年 8 月 6 日至 16 日住院部分負擔費用部分計 1 萬 8,118 元，健保署未准核退，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。

中 華 民 國 114 年 5 月 16 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 43 條第 1 項

「保險對象應自行負擔門診或急診費用之百分之二十，居家照護醫療費用之百分之五。但不經轉診，於地區醫院、區域醫院、醫學中心門診就醫者，應分別負擔其百分之三十、百分之四十及百分之五十。」

三、全民健康保險法第 47 條第 1 項

「保險對象應自行負擔之住院費用如下：一、急性病房：三十日以內，百分之十；逾三十日至第六十日，百分之二十；逾六十日起，百分之三十。二、慢性病房：三十日以內，百分之五；逾三十日至第九十日，百分之十；逾九十日至第一百八十日，百分之二十；逾一百八十日起，百分之三十。」

四、全民健康保險法第 48 條第 1 項第 1 款及第 2 項

「保險對象有下列情形之一者，免依第四十三條及前條規定自行負擔費用：一、重大傷病。」「前項免自行負擔費用範圍、重大傷病之項目、申請重大傷病證明之程序及其他相關事項之辦法，由主管機關定之。」

五、全民健康保險保險對象免自行負擔費用辦法第 5 條第 1 項前段

「重大傷病證明，以保險對象提出申請之日為生效日。」

六、全民健康保險保險對象免自行負擔費用辦法第 6 條第 1 項第 1 款及第 2 項

「保險對象持有效期限內重大傷病證明就醫，其免自行負擔費用範圍如下：一、重大傷病證明所載傷病，或經診治醫師認定為該傷病相關之治療。」「保險對象如因重大傷病住院，並於住院期間申請獲准發給該項重大傷病證明者，其當次住院免自行負擔費用；如住院期間之檢驗報告，於出院後始經確定診斷屬於重大傷病，並據以申請獲准發給該項重大傷病證明，其施行該確定診斷檢驗之當次住院及出院後之相關門診，亦免自行負擔費用。」