

審 定	
主 文	<p>一、原核定關於重新核定核退申請人於 114 年 2 月 11 日及 17 日門診就醫自付之醫療費用計新臺幣 742 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：員林○醫院、○耳鼻喉科診所。</p> <p>二、就醫及自費情形：以一般身分於 114 年 2 月 11 日及 17 日計 2 次門診，自付醫療費用計新臺幣（下同）1,022 元。</p> <p>三、核定內容： 本件申請人未帶健保卡就醫，超過 10 日致無法補卡之事由，非屬不可歸責之事由，不符核退申請條件，該署歉難受理。</p> <p>四、申請人主張其係外籍配偶，需有雇主才可加入健保，雇主原答應會在 114 年 2 月 6 日為其申請加入健保，但實際上是 2 月 25 日才正式通過健保，因此造成 2 筆門診為欠卡的情況，並非其不願在 10 日內去補卡等語，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 項前段、第 3 項、第 48 條第 1 項及第 51 條第 10 款。</p> <p>（三）衛生福利部 106 年 2 月 18 日衛部保字第 1061260072 號公告。</p> <p>二、關於醫療費用計 742 元部分 此部分申請人於 114 年 6 月 2 日（本部收文日）申請審議後，經健保署重新審核，同意於扣除西醫門診基本部分負擔費用各 80 元、50 元及本保險不給付之掛號費 150 元後，補核退醫療費用計 742 元（1,022 元-150 元-80 元-50 元=742 元），並於 114 年 6 月 16 日以受理號碼○全民健康保險自墊醫療費用核退核定通知書核付在案，則此部分爭議審議標的已不存在。</p> <p>三、關於其餘醫療費用計 280 元（150 元+130 元=280 元）部分</p> <p>（一）關於醫療費用 150 元部分 此部分為 114 年 2 月 11 日門診之掛號費，係本保險不給付項目，健保署不予核退，於法並無不合。</p> <p>（二）關於醫療費用計 130 元（80 元+50 元=130 元）部分</p> <p>1. 依全民健康保險法第 43 條第 1 項、第 3 項規定及衛生福利部 106 年 2 月 18 日衛部保字第 1061260072 號公告之「全民健康保險保險對象西醫門診、急診應自行負擔之費用」，保險對象於地區醫院、基層醫療單位門診應自行負擔之門診基本部分負擔各為 80 元、50 元，先予敘明。</p>

	<p>2. 此部分係申請人於 114 年 2 月 11 日、17 日至員林○醫院(地區醫院)、○耳鼻喉科診所(基層醫療單位)門診之基本部分負擔費用各為 80 元、50 元，計 130 元，依前揭規定，除非申請人有全民健康保險法第 48 條第 1 項所定免部分負擔情形，否則即應由申請人自行負擔，從而健保署不給付系爭門診部分負擔費用計 130 元，並無不合。</p> <p>四、綜上，原核定關於重新核定核退醫療費用 742 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 280 元部分，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 8 月 14 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 項前段及第 3 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。」「第一項應自行負擔之費用，主管機關於必要時，得依診所及各級醫院前一年平均門診費用及第一項所定比率，以定額方式收取，並每年公告其金額。」

三、全民健康保險法第 48 條第 1 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。二、分娩。三、山地離島地區之就醫。」

四、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。」

五、衛生福利部 106 年 2 月 18 日衛部保字第 1061260072 號公告

「修正『全民健康保險保險對象西醫門診、急診應自行負擔之費用』如下：一、西醫門診：(一)經轉診就醫者，至醫學中心為新臺幣（以下同）170 元、區域醫院為 100 元。(二)未經轉診逕赴醫學中心就醫者為 420 元。二、至醫學中心急診、檢傷分類非屬第 1 級或第 2 級者為 550 元。三、其他保險對象西醫門診、急診應自行負擔之費用，依現行規定辦理。

附件 全民健康保險保險對象西醫門診、急診應自行負擔之費用 單位：元

層級別	西醫門診基本部分		急診部分負擔	
	轉 診	未經轉診	檢 傷 分 類	
			第 1 級、第 2 級	第 3 級至第 5 級
醫 學 中 心	170	420	450	550
區 域 醫 院	100	240	300	300
地 區 醫 院	50	80	150	150
基層醫療單位	50	50	150	150

附註：其他保險對象門診、急診應自行負擔之部分醫療費用，仍依現行規定辦理。」