

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：</p> <p>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，但實際上是在 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</p> <p>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 ($1,022 \text{ 元} - 150 \text{ 元} - 80 \text{ 元} - 50 \text{ 元} = 742 \text{ 元}$)，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($150 \text{ 元} + 130 \text{ 元} = 280 \text{ 元}$)部分</p> <p>(一) 關於醫療費用 150 元部分</p> <p>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($80 \text{ 元} + 50 \text{ 元} = 130 \text{ 元}$)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>

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。

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。

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 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。」