

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 12 日門診就醫自付之醫療費用計新臺幣 1,072 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、境外就醫地點：日本熊谷○醫院、熊本市立○病院。</p> <p>二、就醫原因：突發性左耳聽力損失、末梢性眩暈。</p> <p>三、就醫情形：</p> <p>（一）114 年 2 月 12 日及 26 日計 2 次門診。</p> <p>（二）114 年 2 月 14 日至 16 日住院。</p> <p>四、醫療費用：折合新臺幣（下同）計 1 萬 3,109 元(含 114 年 2 月 12 日門診費用 1,300 元)。</p> <p>五、核定內容：</p> <p>（一）114 年 2 月 12 日門診及 114 年 2 月 14 日至 16 日住院：經專業審查結果，非屬該署公告之特殊傷病或不可預期之緊急傷病，核定不予核退。</p> <p>（二）114 年 2 月 26 日門診：該署於 114 年 5 月 22 日通知補正診斷書，申請人於 114 年 5 月 23 日來電告知無法補正，不予受理。</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 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 5 條第 1 項、附表暨第 2 項、第 6 條第 1 項第 2 款及第 2 項。</p> <p>（四）本部改制前行政院衛生署 91 年 10 月 2 日衛署健保字第 0910060027 號函。</p> <p>（五）健保署 114 年 1 月 13 日健保醫字第 1140660006 號公告。</p> <p>二、關於 114 年 2 月 12 日門診及 114 年 2 月 14 日至 16 日住院部分</p> <p>此部分經綜整本部委請醫療專家審查意見及卷附「診療費請求書兼領收書」、「診斷書」、「診療費明細書」等相關就醫資料影本顯示：申請人因左側突發性聽力損失、末梢性眩暈症於 114 年 2 月 12 日門診（熊谷○醫院）就醫，114 年 2 月 14 日經熊谷○醫院轉介，入住熊本市立○病院，接受 CT 等檢查及藥物治療，於 114 年 2 月 16 日出院，分述如下：</p> <p>（一）關於 114 年 2 月 12 日門診部分</p> <p>1. 關於醫療費用計 1,072 元</p> <p>此部分申請人於 114 年 6 月 25 日(本部收文日)申請審議後，業經健保署重新核定，同意按該署公告之「114 年 1、2、3 月份全</p>

民健康保險臺灣地區外自墊醫療費用核退上限」，門診每次 1,072 元，補核退該次門診費用計 1,072 元，並於 114 年 7 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通知申請人，則此部分申請爭議審議標的已不存在。

2. 關於其餘未准核退之醫療費用差額計 228 元（1,300 元-1,072 元=228 元）部分

此部分係該次門診費用中超過核退上限之醫療費用 228 元，健保署未准核退，於法並無不合。

（二）關於 114 年 2 月 14 日至 16 日住院部分

1. 健保署提具意見

為維護申請人權益，該署再送專業審查結果，認為申請人 114 年 2 月 14 日至 16 日住院之病況仍非屬不可預期之緊急傷病，不予給付。

2. 此部分經本部醫療專家審查，認為卷附就醫資料除診斷病名、收費項目、金額外，並無情況緊急之相關描述，無由認屬因不可預期之緊急傷病而就醫，同意健保署意見，不予核退 114 年 2 月 14 日至 16 日住院費用。

三、關於 114 年 2 月 26 日門診部分

（一）按全民健康保險法第 56 條第 2 項授權訂定之全民健康保險自墊醫療費用核退辦法第 5 條第 1 項附表明訂：「申請核退醫療費用時應檢具之書據：二、醫療費用收據正本及費用明細。三、診斷書或證明文件。」，是保險對象申請核退醫療費用，應檢具收據正本、費用明細及診斷書或證明文件，始得向健保署申請核退醫療費用。

（二）申請人 114 年 2 月 26 日門診就醫，所附資料僅有「領收證書」及「診療明細書」2 紙，並未檢附診斷證明書文件供核，經健保署原核定及意見書陳明，略以該部分經該署通知申請人補件，申請人表示無法補件，且申請爭議審議時仍缺診斷書等語，則此部分健保署逕依現有資料審查，核定不予給付，於法尚無不合。

四、申請人主張 1. 其因突發性頭痛、噁心、嘔吐、暈眩無法站立、耳朵喪失聽力(至今仍未復原)而緊急就醫，並住院治療，應符合急性頭痛、嘔吐等事項；2. 114 年 2 月 26 日為出院後回診，故未再開立診斷書云云，惟所稱核難執為本案之論據，分述如下：

（一）查全民健康保險係強制性社會保險，雖肩負著保障全體國民健康之使命，惟基於財源之有限性與醫療資源分配正義性，以保險醫事服務機構所提供之適切、合理而有必要之基本醫療照護為前提。我國考量各國生活水準之差異，為維護整體保險對象權益之

公平性，乃於全民健康保險法第 55 條第 2 款及第 56 條第 2 項規定：「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。」、「保險對象申請核退自墊醫療費用應檢具之證明文件、核退基準與核退程序及其他應遵行事項之辦法，由主管機關定之。」，本部改制前行政院衛生署遂按上開法律授權訂定「全民健康保險自墊醫療費用核退辦法」，先予敘明。

(二) 依前開規定，保險對象至非本保險醫療機構就醫，以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者，始得申請核退醫療費用，該核退內容自亦以適切、合理而有必要之緊急處置為限，又依本部改制前行政院衛生署 91 年 10 月 2 日衛署健保字第 0910060027 號函釋意旨，前揭核退辦法並賦予保險人對臺灣地區外之核退案件，依例外從嚴之法理，有審核其醫療是否適當且合理之權限，亦有臺北高等行政法院 100 年度簡字第 767 號判決及臺灣士林地方法院 107 年度簡字第 20 號行政訴訟判決可資參照。

(三) 本件申請人系爭 2 次門診及住院就醫，其中 114 年 2 月 12 日門診部分，健保署已重新核定依規定核付費用，而 114 年 2 月 26 日門診部分，申請人未依規定檢附診斷書供核，至於住院部分除經有審核權限之機關健保署審查判斷外，本部復依前開規定，再委請醫療專家就申請人檢附之前開就醫資料專業判斷結果，亦認為無由認屬因不可預期之緊急傷病而就醫，已如前述，申請人所稱，核有誤解。

五、綜上，原核定關於重新核定核退申請人 114 年 2 月 12 日門診醫療費用計 1,072 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。

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 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、全民健康保險自墊醫療費用核退辦法第 5 條第 1 項及第 2 項

「保險對象依本法第五十五條申請核退醫療費用時，其應檢具之書據，規定如附表。」「保險對象檢送申請書據不全者，應自保險人通知之日起二個月內補件；保險人於必要時，得依保險對象之申請予以延長，並以一次為限，最長不得逾二個月；屆期未補件者，逕依所送書據進行審核。」

四、全民健康保險自墊醫療費用核退辦法第 5 條第 1 項附表
附表、申請核退醫療費用時應檢具之書據（節錄）

符合本法第五十五條規定之保險對象	保險對象(由本人或委託人申請)	備註
一、於臺灣地區外就醫者 二、暫行停止給付期間，於非保險醫事服務機構就醫者(臺灣地區外)	一、醫療費用核退申請書。 二、醫療費用收據正本及費用明細。 三、診斷書或證明文件。 四、住院案件者：出院病歷摘要。 五、出海作業之船員：身分證明文件及當次出海作業起返日期證明文件。 六、當次出、入境證明文件影本或服務機關出具之證明。 註： 委託他人申請或保險對象未入境時，另需檢附委託書及受委託者之身分證影本。	一、收據正本及費用明細如有遺失或供其他用途者，應檢具原醫療機構加蓋印信證明與原本相符之影本，並出具聲明書註明無法提出原本之原因。收據影本加蓋印信證明確有困難者，可免加蓋印信，惟需出具聲明書註明無法提出原本之原因。 二、醫療費用收據正本、費用明細、診斷書或證明文件，如為英文以外之外文文件時，應檢附中文翻譯。

五、全民健康保險自墊醫療費用核退辦法第 6 條第 1 項第 2 款及第 2 項

「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。但申請費用高於其急診、門診治療日或出院之日前一季本保險支付特約醫院及診所急診每人次、門診每人次、住院每人日平均費用基準者，其超過部分，不予給付。」「前項第二款有關核退費用之基準，由保險人每季公告之。」

六、本部改制前行政院衛生署 91 年 10 月 2 日衛署健保字第 0910060027 號函

「全民健康保險緊急傷病自墊醫療費用核退辦法第六條第一項第二款所稱核實給付，僅係考量世界各地醫療水準及制度差異性所為之裁量性規定，依例外從嚴之法理，本保險施行區域外之核退案件，除有核退金額不得高於本保險支付各特約醫學中心各類平均費用之上限外，保險人所依循之審查原則應無二致，亦即保險人對施行區域外之核退案件，應有審核其是否適當且合理之權限。」

七、健保署 114 年 1 月 13 日健保醫字第 1140660006 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 114 年 1、2、3 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)
114 年 1 月至 114 年 3 月	1,072	3,455	6,333

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。」