

審定	
主文	申請審議駁回。
事實	<p>一、就醫地點：醫療財團法人○○基金會○○○○○醫院(以下簡稱○○○○○醫院)。</p> <p>二、就醫情形：114 年 4 月 25 日、28 日及 30 日計 3 次門診。</p> <p>三、醫療費用：自付醫療費用計新臺幣(下同)1,230 元(含門診基本部分負擔費用各 240 元及藥品部分負擔費用各 10 元，合計 750 元)。</p> <p>四、核定內容：</p> <p>申請人自 114 年 5 月 5 日(生效日)起取得重大傷病證明，申請 114 年 4 月 25 日、28 日及 30 日於○○○○醫院門診自付部分負擔核退案，皆係申請人重大傷病證明生效前就醫，所請核退，未便同意。</p>
理由	<p>一、法令依據</p> <p>(一) 全民健康保險法第 48 條第 1 項第 1 款及第 2 項。</p> <p>(二) 全民健康保險保險對象免自行負擔費用辦法第 5 條第 1 項前段及第 6 條第 1 項第 1 款。</p> <p>二、健保署提具意見及補充意見</p> <p>(一) 本案申請人自 114 年 5 月 5 日取得「左側女性乳房未明示部位惡性腫瘤」之重大傷病證明，其重大傷病證明生效起日為 114 年 5 月 5 日，故 114 年 4 月 25 日、28 日及 30 日計 3 次門診為重大傷病證明生效前，爰該署核定上開 3 次門診部分負擔不予給付，於法並無不合。</p> <p>(二) 本案經查申請人重大傷病證明生效日為 114 年 5 月 5 日，於 114 年 5 月 5 日至 5 月 7 日住院，在此之前無住院記錄，無「如因重大傷病住院，住院期間之檢驗報告於出院後始經確診屬於重大傷病」可追溯生效起日之適用狀況。</p> <p>三、按全民健康保險保險對象免自行負擔費用辦法第 5 條第 1 項前段及第 6 條第 1 項第 1 款規定：「(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。」「(第 6 條第 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。」，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，合先敘明。</p> <p>四、本件經本部審查卷附「重大傷病申請相關資料表」、「門診醫療費用</p>

收據」等相關資料影本及健保署意見書、補充意見記載，認為申請人係於 114 年 5 月 5 日由○○○○○醫院開立診斷書，代向健保署提出重大傷病證明之申請，經健保署核准發給診斷病名為「左側女性乳房未明示部位惡性腫瘤」（診斷代碼為 ICD-10-CM：C50912）之重大傷病證明，效期為 114 年 5 月 5 日（提出申請日）至 119 年 5 月 4 日，則申請人系爭 114 年 4 月 25 日、28 日、30 日 3 次門診就醫，既非在前開重大傷病證明有效期間內，即無前開免部分負擔費用規定之適用餘地，系爭 3 次門診部分負擔費用即應由申請人自行負擔。五、綜上，健保署未准核退系爭 3 次門診部分負擔費用，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 10 月 28 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 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。」

二、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。」

三、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

「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。」

