

審 定	
主 文	<p>一、原核定關於重新核定核退申請人於 113 年 12 月 1 日至 10 日、114 年 2 月 8 日、2 月 18 日至 23 日計 3 次住院及 114 年 1 月 3 日門診就醫自付之醫療費用計新臺幣 8 萬 8,907 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：大陸地區福建省廈門大學附屬○醫院、廈門○醫院等。</p> <p>二、就醫原因：急性支氣管炎、高血壓急症、心功能 IV 級、顱內占位性病變、慢性腎功能不全等(依健保署意見書記載)。</p> <p>三、就醫情形：</p> <p>(一) 113 年 11 月 19 日、12 月 16 日、26 日、114 年 1 月 3 日、17 日、2 月 7 日及 14 日計 7 次門診。</p> <p>(二) 113 年 12 月 1 日至 10 日、12 月 16 日至 25 日、114 年 2 月 8 日及 2 月 18 日至 23 日計 4 次住院。</p> <p>四、醫療費用：折合新臺幣(下同)計 17 萬 9,879 元(113 年 12 月 16 日至 25 日住院費用金額人民幣 540 元，因收據未經公驗證，不予列計)。</p> <p>五、核定內容：</p> <p>(一) 113 年 11 月 19 日門診：依健保署公告之「113 年 10、11、12 月份全民健康保險臺灣地區外自墊醫療費用核退上限」，門診每次 1,034 元，給付費用 1,034 元，其餘醫療費用不予核退。</p> <p>(二) 113 年 12 月 16 日門診及 113 年 12 月 16 日至 25 日住院：按收據記載金額，各給付費用 915 元、3 萬 7,213 元。</p> <p>(三) 113 年 12 月 26 日門診：未檢附診斷書，該署前於 114 年 5 月 28 日以健保北字第○號函通知補件，受託人傳真表示無法再補件，該署逕依現有書據審核，核定不予給付。</p> <p>(四) 114 年 1 月 3 日、17 日、2 月 7 日、14 日計 4 次門診及 113 年 12 月 16 日至 25 日、114 年 2 月 8 日、114 年 2 月 18 日至 23 日計 3 次住院：經專業審查，非屬不可預期之緊急傷病，不同意給付。</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 3 條、第 5 條第 1 項、附</p>

表暨第 2 項、第 6 條第 1 項第 2 款及第 2 項。

(四) 健保署 113 年 10 月 11 日健保醫字第 1130664658 號公告及 114 年 1 月 13 日健保醫字第 1140660006 號公告。

## 二、關於 113 年 11 月 19 日門診部分

申請人此次門診，健保署已依核退上限核退費用 1,034 元，其餘為超過核退上限之醫療費用計 2,936 元(3,970 元-1,034 元=2,936 元)，健保署未准核退，於法並無不合。

## 三、關於 113 年 12 月 1 日至 10 日、114 年 2 月 8 日、2 月 18 日至 23 日計 3 次住院及 114 年 1 月 3 日門診部分

(一) 此部分申請人於 114 年 7 月 25 日(本部收文日)申請審議後，業經健保署重新核定：

1. 113 年 12 月 1 日至 10 日住院及 114 年 1 月 3 日門診：同意依該署公告之核退上限，住院每日 6,493 元(113 年 10、11、12 月份)、門診每次 1,072 元(114 年 1、2、3 月份)，各補核退費用 5 萬 8,437 元(6,493 元 X 9=58,437 元)、1,072 元。

2. 114 年 2 月 8 日及 2 月 18 日至 23 日計 2 次住院：按收據記載金額，各補核退費用 6,008 元、2 萬 3,390 元。

(二) 承上，健保署重核補付費用共計 8 萬 8,907 元(58,437 元+1,072 元+6,008 元+23,390 元=88,907 元)，並於 114 年 8 月 11 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；其餘未准核退之 113 年 12 月 1 日至 10 日住院及 114 年 1 月 3 日門診費用差額計 2 萬 7,928 元(83,097 元+4,340 元-58,437 元-1,072 元=27,928 元)，係本保險不給付之生活服務費及超過核退上限之醫療費用，健保署未准核退，於法並無不合。

## 四、關於 113 年 12 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 113 年 12 月 26 日門診就醫，所附資料僅有「電子發票」1 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，申請人受託人表示無法補件等語，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。

五、關於 114 年 1 月 17 日、2 月 7 日及 14 日計 3 次門診部分

(一) 健保署提具意見

為維護保險對象權益，該署復依申請人爭議審議申請書補述事實及理由、相關資料，再送專業審查，認定 114 年 1 月 17 日、2 月 7 日及 14 日計 3 次門診為一般追蹤，非緊急傷病，不同意給付。

(二) 此部分經本部委請醫療專家審查，認為申請人因「發現腎功能異常 1 月餘」先於 114 年 1 月 3 日於廈門○醫院腎臟內科門診，診斷為「1. 慢性腎功能不全 2. 惡性高血壓 3. 高血脂症 4. 腎上腺增粗 5. 拉克氏囊腫 6. 顱內占位性病變」(本次門診費用健保署已重核補付)，嗣於 114 年 1 月 17 日、2 月 7 日及 14 日複診，其腎功能應屬穩定之慢性腎病第三期，且臨床上無急性症狀(如尿量減少、水腫)，卷附就醫資料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，不予核退該 114 年 1 月 17 日、2 月 7 日及 14 日計 3 次門診費用。

六、申請人主張其心衰症狀於 113 年 12 月 1 日急診，發現血壓 233/143mmHg、心功能不全、高血壓急症而收住院，檢查發現後續的顱內占位性病變、腎功能不全，後續在醫院住院治療手術云云，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 7 次門診及 4 次住院就醫，其中 3 次門診及 4 次住院部分，健保署已依規定核(補)付費用，而 113 年 12 月 26 日門診部分，申請人未依規定檢附診斷書供核，其餘 114 年 1 月 17 日、2 月 7 日及 14 日計 3 次門診部分，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。

七、綜上，原核定關於重新核定核退申請人醫療費用計 8 萬 8,907 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。

中 華 民 國 114 年 11 月 11 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 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3條

「本法第五十五條第一款及第二款所定緊急傷病，其範圍如下：

- 一、急性腹瀉、嘔吐或脫水現象者。
- 二、急性腹痛、胸痛、頭痛、背痛（下背、腰痛）、關節痛或牙痛，需要緊急處理以辨明病因者。
- 三、吐血、便血、鼻出血、咳血、溶血、血尿、陰道出血或急性外傷出血者。
- 四、急性中毒或急性過敏反應者。
- 五、突發性體溫不穩定者。
- 六、呼吸困難、喘鳴、口唇或指端發紺者。
- 七、意識不清、昏迷、痙攣或肢體運動功能失調者。
- 八、眼、耳、呼吸道、胃腸道、泌尿生殖道異物存留或因體內病變導致阻塞者。
- 九、精神病人有危及他人或自己之安全，或呈現精神疾病症狀須緊急處置者。
- 十、重大意外導致之急性傷害。
- 十一、生命徵象不穩定或其他可能造成生命危急症狀者。
- 十二、應立即處理之法定傳染病或報告傳染病。」

### 四、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。」

### 五、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。

### 六、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。」

七、健保署 113 年 10 月 11 日健保醫字第 1130664658 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 113 年 10、11、12 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)
113 年 10 月至 113 年 12 月	1,034	3,394	6,493

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。」

八、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。」