

審定	
主文	申請審議駁回。
事實	<p>一、境外就醫地點：美國○ Health。</p> <p>二、就醫原因：子宮出血等。</p> <p>三、就醫情形：114 年 1 月 17 日、20 日及 2 月 13 日計 3 次門診。</p> <p>四、核定內容：</p> <p>有關申請人申請核退 114 年 1 月 17 日、20 日及 2 月 13 日計 3 次門診費用，該署前於 114 年 5 月 24 日以健保北字第○號函通知補件在案，申請人受託人陳清美於 114 年 6 月 27 日郵寄補件，惟未補齊 114 年 1 月 17 日及 20 日門診診斷書，又於 114 年 7 月 15 日以電子郵件聲明無資料可再補件，該署依現有書據送專業醫師審核，認定依所資料不足以支持符合發生不可預期之緊急傷病，全案核定不予給付。</p>
理由	<p>一、法令依據</p> <p>(一) 全民健康保險法第 55 條第 2 款。</p> <p>(二) 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、附表及第 2 項。</p> <p>(三) 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>二、健保署提具意見</p> <p>(一) 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、理由及相關證據文件，再送專業審查，認定 114 年 2 月 13 日門診沒有足夠急症資料佐證，所附資料為調經、抗黴菌用藥，維持原核定，不同意給付。</p> <p>(二) 另申請人於爭議審議時始提出 114 年 1 月 17 日及 20 日計 2 次門診之診斷證明，顯已逾法定補件期限，爰該 2 次門診，該署維持原核定，不予給付。</p> <p>三、本件經綜整本部委請醫療專家審查意見及卷附「After Visit Summary」等就醫相關資料影本結果，分述如下：</p> <p>(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、診斷書或證明文件等資料，始得向健保署申請核退醫療費用，倘申請書據不全者，保險對象應自健保署通知之日起 2 個月內補件，屆期未補件者，健保署逕依所送書據進行審核，合先敘明。</p>

- (二) 本件申請人於114年6月10日(健保署收文日)向健保署申請核退於114年1月17日、20日及2月13日門診費用，經健保署以114年6月24日健保北字第○號函通知申請人補送費用收據及114年1月17日、20日門診診斷書，申請人代理人雖於114年6月27日郵寄補附該3次門診處方等資料，惟未檢附114年1月17日及20日門診診斷書或證明文件供核，不符首揭全民健康保險自墊醫療費用核退辦法第5條第1項附表規定，經健保署逕依所送書據進行審核，核定不予給付。
- (三) 本件申請人雖於申請審議時檢附114年1月17日及20日「After Visit Summary」(診后摘要)等資料，惟經本部委請醫療專家審查，認為依申請人所附資料記載，申請人因「Abnormal uterine bleeding」(異常子宮出血)、「Pelvic pain」(骨盆腔疼痛)於114年1月17日、20日及2月13日門診，接受檢查及藥物治療，所附就醫資料並無情況緊急之相關描述，不足以佐證其就醫當時之病情或診斷屬全民健康保險自墊醫療費用核退辦法第3條所定之緊急傷病範圍，無由認屬因不可預期之緊急傷病而就醫。
- (四) 綜合判斷：同意健保署意見，不予核退114年1月17日、20日及2月13日計3次門診費用。

四、申請人主張其因異常子宮出血、骨盆腔疼痛於114年1月17日、20日及2月13日就診，由醫師開立之診后摘要已詳細記錄確實為異常子宮出血、骨腔疼痛及用藥治療，應符合全民健康保險自墊醫療費用核退辦法所定「急性腹痛」、「陰道出血」之緊急傷病範圍云云，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利，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 3 次門診就醫，其中 114 年 1 月 17 日及 20 日門診部分，申請人未依規定檢附診斷證明文件供核，本部依前開規定，委請醫療專家就申請人所附就醫資料專業判斷結果，認為申請人系爭 3 次門診無由認定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，健保署未准核退系爭醫療費用，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　　11　　月　　21　　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 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。」

二、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。」

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、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。」