

審定	
主文	申請審議駁回。
事實	<p>一、就醫地點：○醫療財團法人○醫院(以下簡稱○醫院)。</p> <p>二、就醫情形：</p> <p>(一) 113 年 12 月 30 日至 114 年 1 月 2 日、114 年 1 月 13 日至 15 日、2 月 10 日至 12 日、3 月 4 日至 5 日、3 月 26 日至 27 日、4 月 18 日至 19 日及 5 月 12 日至 13 日計 7 次住院。</p> <p>(二) 114 年 1 月 9 日、22 日、23 日、2 月 19 日、3 月 5 日、10 日、12 日、17 日、26 日、31 日、4 月 2 日、9 日、18 日、24 日(2 次)、5 月 2 日、12 日、19 日、21 日及 26 日計 20 次門診。</p> <p>三、醫療費用：自付醫療費用計新臺幣(下同)15 萬 7,397 元(其中部分負擔費用計 6 萬 839 元)。</p> <p>四、核定內容：</p> <p>(一) 113 年 12 月 30 日至 114 年 5 月 12 日(誤植為 114 年 5 月 2 日)期間計 6 次住院、17 次門診：重大傷病生效日 114 年 5 月 14 日前就醫，不符重大傷病核退條件。</p> <p>(二) 114 年 5 月 12 日至 13 日住院：因院所已申報為重大傷病，請持收據逕洽醫院核退部分負擔費用。</p> <p>(三) 114 年 5 月 19 日、21 日及 26 日計 3 次門診：核退部分負擔費用各 90 元、170 元、60 元，共計 320 元。</p> <p>五、申請人檢附○醫院病理學檢查報告(報告日期 114 年 1 月 3 日、6 日及 17 日)，主張其於 113 年 12 月 19 日切片化驗，確認為左乳惡性腫瘤，113 年 12 月 30 日至 114 年 1 月 2 日住院切除左乳惡性腫瘤，114 年 1 月 17 日取得惡性腫瘤之病理組織檢查報告，於 114 年 5 月 14 日取得重大傷病卡並生效，該卡核准之疾病與其於 113 年 12 月 30 日至 114 年 5 月 12 日(誤記為 114 年 5 月 2 日)期間持續就醫治療之疾病完全相同，屬同一重大傷病範圍云云，就未准核退 113 年 12 月 30 日至 114 年 5 月 12 日期間就醫(6 次住院及 17 次門診)部分負擔費用部分不服，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、第 6 條第 1 項第 1 款及第 2 項。</p> <p>二、健保署提具意見及補充意見</p> <p>本案依申請人所附資料及重大傷病證明申請作業系統查詢所示，申請人申准核發重大傷病證明之依據，係○醫院 114 年 5 月 12 日開立之診斷書，該醫院於申請人出院(114 年 5 月 13 日)後之 5 月 14</p>

日提出申請重大傷病證明，重大傷病證明效期為 114 年 5 月 14 日至 119 年 5 月 13 日，故申請人 113 年 12 月 30 日至 114 年 5 月 12 日期間就醫，不符重大傷病核退條件。

三、按「重大傷病證明，以保險對象提出申請之日為生效日。」為全民健康保險保險對象免自行負擔費用辦法第 5 條第 1 項前段所明定。又依同辦法第 6 條第 1 項第 1 款及第 2 項規定：「(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。」「(第 2 項)保險對象如因重大傷病住院，並於住院期間申請獲准發給該項重大傷病證明者，其當次住院免自行負擔費用；如住院期間之檢驗報告，於出院後始經確定診斷屬於重大傷病，並據以申請獲准發給該項重大傷病證明，其施行該確定診斷檢驗之當次住院及出院後之相關門診，亦免自行負擔費用。」，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；而所指可回溯至重大傷病證明生效日前之住院及出院後相關門診免部分負擔費用，係指申請獲准發給重大傷病證明之依據為該次住院期間所施行之檢驗結果，而於出院後始經確定診斷符合該重大傷病證明所載病名之情形，合先敘明。

四、本件經本部審查卷附「電子收據」、「全民健保重大傷病證明申請作業」等相關資料影本及健保署意見書、補充意見記載，認為○醫院於 114 年 5 月 14 日以網路申請方式代申請人向健保署申准取得診斷代碼「C50912」(左側女性乳房未明示部位惡性腫瘤)重大傷病證明，有效起迄日為 114 年 5 月 14 日至 119 年 5 月 13 日，則申請人於○醫院系爭 113 年 12 月 30 日至 114 年 5 月 12 日期間計 6 住院及 17 次門診，既非在前開重大傷病證明有效期間內，自不符合全民健康保險保險對象免自行負擔費用辦法第 6 條第 1 項規定；又健保署補充意見業已陳明略以，申請人申准核發重大傷病證明之依據，係○醫院於 114 年 5 月 12 日開立之診斷書等語，已如前述，則申請人所附 114 年 1 月 3 日、6 日及 17 日病理學檢查報告，既非申准重大傷病證明當次住院期間之檢驗報告，於出院後始經確定診斷之情形，即無適用全民健康保險保險對象免自行負擔費用辦法第 6 條第 2 項規定，得例外回溯至重大傷病證明生效日前免除部分負擔費用之餘地，則系爭 6 次住院及 17 次門診之部分負擔費用，即應由保險對象自行負擔。

五、綜上，健保署未准核退系爭 6 次住院及 17 次門診部分負擔費用，並無不合，此部分原核定應予維持。

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 12 月 2 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款及第2項

「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。」「保險對象如因重大傷病住院，並於住院期間申請獲准發給該項重大傷病證明者，其當次住院免自行負擔費用；如住院期間之檢驗報告，於出院後始經確定診斷屬於重大傷病，並據以申請獲准發給該項重大傷病證明，其施行該確定診斷檢驗之當次住院及出院後之相關門診，亦免自行負擔費用。」