

審 定	
主 文	<p>一、原核定關於重新核定核退申請人於 114 年 7 月 4 日至 7 日住院就醫自付之醫療費用計新臺幣 2 萬 484 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：冰島○、○ UNIVERSITY HOSPITAL 等。</p> <p>二、就醫原因：呼吸困難等(依健保署意見書記載)。</p> <p>三、就醫情形：114 年 7 月 4 日至 7 日及 7 月 7 日至 8 日計 2 次住院。</p> <p>四、醫療費用：114 年 7 月 4 日至 7 日住院費用折合新臺幣(下同) 26 萬 9,468 元，114 年 7 月 7 日至 8 日住院缺收據，不列計金額。</p> <p>五、核定內容：</p> <p>(一) 114 年 7 月 4 日至 7 日住院：經專業審查，認定非屬不可預期之緊急傷病，核定不予給付。</p> <p>(二) 114 年 7 月 7 日至 8 日住院：未檢附醫療費用收據，該署前於 114 年 9 月 17 日以健保北字第○號函通知補件，申請人聲明無法補件，該署逕依現有書據審核，核定不予給付。</p> <p>六、申請人主張其於 114 年 7 月 4 日因胸悶呼吸困難就診，血氧飽和度已降至 67%，只能仰賴氧氣治療，肺部電腦電層顯示雙肺瀰漫性磨玻璃樣變化，醫師告知應是新冠病毒 229E 陽性，持續治療至 7 月 7 日轉診至國立大學醫院住院，於 114 年 7 月 8 日因病情好轉辦理出院云云，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) 健保署 114 年 7 月 31 日健保醫字第 1140663411 號公告。</p> <p>二、關於 114 年 7 月 4 日至 7 日住院部分</p> <p>(一) 關於住院費用計 2 萬 484 元部分</p> <p>此部分申請人於 114 年 10 月 7 日(本部收文日)申請審議後，業經健保署重新核定，同意依該署公告「114 年 7、8、9 月份全民健康保險臺灣地區外自墊醫療費用核退上限」，住院每日 6,828 元，補核退此次住院費用 2 萬 484 元(6,828 元 X3=20,484 元)，</p>

並於114年10月23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。

(二) 關於其餘住院費用差額計24萬8,984元(269,468元-20,484元=248,984元)部分

此部分係該次住院費用中超過核退上限之醫療費用，健保署未准核退，於法並無不合。

### 三、關於114年7月7日至8日住院部分

(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7月7日至8日住院就醫，所附資料僅有醫療報告(含中文翻譯)，並未檢附醫療費用收據、費用明細供核，經健保署於114年9月17日以健保北字第○號函通知申請人補件，申請人於114年9月19日郵寄聲明「其住院費用在冰島南部的○醫院出院時114.07.07已付清住院費用，而轉診至冰島○醫院出院時114.07.08醫院未收取任何費用故無費用收據正本及費用明細」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、綜上，原核定關於重新核定核退申請人114年7月4日至7日住院費用計2萬484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、健保署 114 年 7 月 31 日健保醫字第 1140663411 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 7、8、9 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 7 月至 114 年 9 月	1,039	3,351	6,828

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。」