

審定	
主文	申請審議駁回。
事實	<p>一、境外就醫地點：大陸地區○○省○○○○○醫院。</p> <p>二、就醫原因：慢性腎病三期、顱內腫瘤等。</p> <p>三、就醫情形：</p> <p>(一) 114 年 3 月 7 日、27 日、31 日（2 次，神經外科、腎臟內科）、4 月 29 日及 5 月 8 日計 6 次門診。</p> <p>(二) 114 年 4 月 9 日至 29 日住院。</p> <p>四、核定內容：</p> <p>(一) 114 年 4 月 29 日門診：該署於 114 年 6 月 23 日以健保北字第 0000000000 號函通知補診斷書及收據，經申請人受託人丹○穗於 114 年 6 月 25 日聲明無法補件，該署依現有書據審核，核定不予給付。</p> <p>(二) 114 年 3 月 7 日、27 日、31 日（2 次，神經外科、腎臟內科）、5 月 8 日計 5 次門診及 114 年 4 月 9 日至 29 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>
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 項及附表暨第 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、健保署提具意見及補充意見</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及理由、相關證據文件，將 114 年 3 月 7 日、27 日、31 日（2 次）、5 月 8 日計 5 次門診及 114 年 4 月 9 日至 29 日住院再送專業審查，仍認定 114 年 3 月 7 日、31 日（腎臟內科）計 2 次門診非屬不可預期之緊急傷病，另 114 年 3 月 27 日、31 日（神經外科）、5 月 8 日計 3 次門診及 114 年 4 月 9 日至 29 日住院，因出國前已有腦腫瘤，非屬不可預期之緊急傷病，維持原核定，不同意給付。</p> <p>(二) 又 114 年 4 月 29 日門診未檢附醫療費用收據及費用明細、診斷證明文件，申請人雖稱「診斷書就是附在送件內的出院記錄」，惟查申請人申請時所附 114 年 4 月 9 日至 29 日住院之出院紀錄，內容未提及 114 年 4 月 29 日門診，且申請人之受託人於 114 年 6 月 25 日傳真聲明無法補正 4 月 29 日基因檢測證明書，又所提及 114</p>

年 5 月 1 日○○○○基因生物技術股份有限公司開立 5,000 人民幣收據非醫療機構收據，並無 114 年 4 月 29 日之收據及門診診斷書等證明文件，爰該署依現有書據審核，核定不予給付。

三、關於 114 年 4 月 29 日門診部分

(一) 依全民健康保險自墊醫療費用核退辦法第 5 條第 1 項及附表暨第 2 項規定，保險對象申請核退自墊之醫療費用時，應檢具之書據包括醫療費用收據正本、費用明細、診斷書或證明文件等資料供健保署審查，倘檢送申請書據不全者，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，審諸其意甚明。

(二) 此部分申請人於 114 年 4 月 29 日於臺灣地區外門診就醫，於 114 年 6 月 10 日向健保署申請核退自墊之醫療費用，經健保署審查結果，系爭 114 年 4 月 29 日門診欠缺診斷書及費用明細、收據，乃以 114 年 6 月 23 日健保北字第 0000000000 號函通知申請人於通知之日起 2 個月內補送費用收據正本、費用明細及「診斷書或出院病歷資料」資料，惟申請人之受託人丹○穗於 114 年 6 月 25 日傳真聲明「1140429 無法提供基因檢測證明書，基因開立收據為 1140501」，健保署乃依現有書據逕行審核，核定不予給付，於法並無不合。

四、關於 114 年 3 月 7 日、27 日、31 日（2 次，神經外科、腎臟內科）、5 月 8 日計 5 次門診及 114 年 4 月 9 日至 29 日住院部分：

此部分經綜整本部委請醫療專家審查意見、卷附「門診費用日清單」、「門診病歷」、「疾病診斷證明」、「出院記錄」、「第三方基因檢測申請單」等影本顯示：

(一) 關於 114 年 3 月 7 日及 31 日（腎臟內科）計 2 次門診部分

申請人於 114 年 3 月 7 日門診，主訴「發現腎功能異常 4 月餘」，診斷為「慢性腎功能不全」等，接受口服藥物處置，嗣因同一疾病於 114 年 3 月 31 日複診，依申請人之主訴其腎功能異常已超過 4 個月，早已知悉其病症，且卷附就醫資料並無情況緊急之相關描述，尚難認屬因不可預期之緊急傷病而就醫。

(二) 關於 114 年 3 月 27 日、31 日（神經外科）、5 月 8 日計 3 次門診及 114 年 4 月 9 日至 29 日住院部分

申請人於 114 年 3 月 27 日門診，主訴「發現額葉占位 4 月」，於 114 年 3 月 31 日複診，醫囑建議可考慮手術治療，乃於 114 年 4 月 9 日住院，於 114 年 4 月 15 日接受「冠瓣開顱右額入路額葉病損切除+顱骨成形術」，114 年 4 月 29 日出院，114 年 5 月 8 日術後門診追蹤，查 114 年 3 月 31 日門診病歷現病史已記載「2024 年 12 月初檢查發現右額葉占位，考慮膠質瘤，本擬行手術…」，顯見申請人顱內腫瘤已發生至少 4 個月，為申請人所已知悉，且卷附

該3次門診及住院之就醫資料並無情況緊急之相關描述，均難認屬因不可預期之緊急傷病而就醫。

(三) 綜合判斷：同意健保署意見，不予核退114年3月7日、27日、31日(2次)、5月8日計5次門診及114年4月9日至29日住院費用。

五、申請人主張其於113年12月心衰症狀急診於○○心血管醫院(心臟專科醫院)，發現血壓233/143mmHg，心功能不全，高血壓急診收住院，檢查才發現後續的顱內占位性病變、腎功能不全，由於○○心血管是專科醫院，故後續一些診治都需○○醫院各科室來會診、定治療方案，後續就一直在○○醫院住院治療手術。114年4月9日至29日的住院也是之前113年12月發現的顱內占位性病變進行開顱手術，由於之前一系列的檢查流程都是在○○醫院做的，故顱內占位手術也在○○醫院進行，健保署函「通知補診斷書及收據，臺端受託人丹○穗於聲明無法補件」，這份診斷書就是附在送件內的出院記錄云云，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) 本件系爭 6 次門診及 1 次住院，其中 114 年 4 月 29 日門診部分，申請人未檢附診斷書、收據及費用明細，其餘門診及住院部分，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，再委請專家就申請人檢附之前開就醫資料專業判斷結果，亦認為均難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。

六、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 115 年 1 月 15 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項及附表暨第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。」「申請核退醫療費用時應檢具之書據：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。」「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、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。」