

審 定	
主 文	<p>一、原核定關於重新核定核退申請人於 113 年 8 月 12 日、27 日、9 月 12 日、11 月 5 日及 26 日門診就醫自付之部分負擔醫療費用計新臺幣 1,860 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、就醫地點：○○醫院。</p> <p>二、就醫情形及醫療費用(依健保署意見書及收據記載)： 113 年 7 月 11 日、8 月 1 日、12 日、27 日、9 月 12 日、11 月 5 日、26 日、12 月 17 日及 114 年 1 月 7 日以健保身分門診就醫計 9 次，各自付部分負擔新臺幣(下同)420 元、420 元、430 元(含藥品部分負擔 10 元)、420 元、420 元、420 元、420 元、50 元、50 元，合計 3,050 元。</p> <p>三、核定內容： 申請人申請核退於○○醫院 113 年 7 月 11 日、8 月 1 日、12 日、27 日、9 月 12 日、11 月 5 日、26 日、12 月 17 日及 114 年 1 月 7 日計 9 次門診部分負擔之醫療費用，其中 113 年 7 月 11 日及 8 月 1 日計 2 次門診，遲至 114 年 2 月 8 日始提出核退申請，已逾就醫之日起 6 個月內申請期限，所請核退，該署未便辦理。另 113 年 8 月 12 日至 114 年 1 月 7 日計 7 次門診，經專業審查，認定非屬重大傷病相關治療，核定不予給付。</p> <p>四、申請人不服，檢附身心障礙證明影本，主張其 113 年 6 月 24 日已領有身心障礙證明，就未准核退之 113 年 7 月 11 日、8 月 1 日、12 日、27 日、9 月 12 日、11 月 5 日及 26 日計 7 次門診部分負擔醫療費用部分不服，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 43 條第 1 項、第 3 項、第 55 條第 4 款及第 56 條第 1 項第 1 款。</p> <p>(三)行政程序法第 48 條第 4 項。</p> <p>(四)本部改制前行政院衛生署 92 年 12 月 1 日衛署健保字第 0922600307 號公告。</p> <p>(五)衛生福利部 112 年 6 月 21 日衛部保字第 1121260222 號公告。</p> <p>二、關於 113 年 7 月 11 日及 8 月 1 日計 2 次門診部分</p> <p>(一)按保險對象於保險醫事服務機構診療或分娩，因不可歸責於保險對象之事由，致自墊醫療費用者，其申請核退醫療費用之期限，</p>

除出海作業之船員，係自返國入境之日起算 6 個月內外，其餘均應於門診、急診治療當日或出院之日起 6 個月內，提出醫療費用核退之申請，已為全民健康保險法第 56 條第 1 項第 1 款所明定，爰一體適用於全體保險對象。又前揭 6 個月期限為法定不變期間，尚難因個人因素從寬認定或予以延長，先予敘明。

- (二) 查此部分申請人於系爭 113 年 7 月 11 日及 8 月 1 日門診就醫，依前揭全民健康保險法第 56 條第 1 項第 1 款前段規定，申請人應分別自各該次門診治療當日起 6 個月內(即分別為 114 年 1 月 11 日及 2 月 1 日前，因均為星期六，分別順延至次星期一 114 年 1 月 13 日及 2 月 3 日)，向健保署提出醫療費用核退之申請，惟申請人遲至 114 年 2 月 8 日始向健保署提出本件系爭醫療費用核退之申請，有健保署○○業務組醫療費用○科蓋於申請人申請系爭醫療費用之「全民健康保險自墊醫療費用核退申請書」上之收件章戳可按，復為申請人所不否認，此部分申請人申請核退系爭 2 次門診部分負擔之醫療費用，即已逾 6 個月申請期限。

三、關於 113 年 8 月 12 日、27 日、9 月 12 日、11 月 5 日及 26 日計 5 次門診部分

- (一) 按本部改制前行政院衛生署 92 年 12 月 1 日衛署健保字第 0922600307 號公告「全民健康保險保險對象應自行負擔之門診費用，除全民健康保險法及相關法規規定免自行負擔費用之情形外，依下列規定收取：一、全民健康保險門診基本應自行負擔之費用(二)領有身心障礙手冊之保險對象，西醫門診不論醫院層級應自行負擔費用均為 50 元。」，次依衛生福利部 112 年 6 月 21 日衛部保字第 1121260222 號公告意旨，保險對象為身心障礙者，其藥品費用在 100 元以下者，免收取藥品部分負擔費用，合先敘明。
- (二) 查申請人 113 年 8 月 12 日、27 日、9 月 12 日、11 月 5 日及 26 日計 5 次門診就醫自付部分負擔計 2,110 元(430 元+420 元+420 元+420 元+420 元=2,110 元)，於 114 年 5 月 27 日(本部收文日)申請審議後，業經健保署審查申請人檢附之身心障礙證明(效期為 113 年 6 月 24 日至 118 年 6 月 30 日)，同意依前揭規定，改收取該 5 次門診基本部分負擔費用各 50 元，合計 250 元(50 元×5=250 元)，補核退該 5 次門診部分負擔費用差額計 1,860 元(2,110 元-250 元=1,860 元)，並分別於 114 年 6 月 12 日及 26 日以受理號碼 0000000000 全民健康保險自墊醫療費用核退核定通知書各核退醫療費用 1,850 元、10 元，合計 1,860 元在案，則

	<p>部分負擔費用 1,860 元部分申請爭議審議之標的已不存在，其餘部分負擔 250 元，健保署未准核退，核屬有據。</p> <p>四、綜上，原核定關於重新核定核退申請人於 113 年 8 月 12 日、27 日、9 月 12 日、11 月 5 日及 26 日門診就醫自付之醫療費用計 1,860 元部分，申請爭議審議之標的已不存在，應不予受理；其餘門診部分負擔費用，健保署未准核退，並無不合，原核定關於此部分應予維持。</p> <p>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。</p>
--	---

中 華 民 國 114 年 7 月 17 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 43 條第 1 項及第 3 項

「保險對象應自行負擔門診或急診費用之百分之二十，居家照護醫療費用之百分之五。但不經轉診，於地區醫院、區域醫院、醫學中心門診就醫者，應分別負擔其百分之三十、百分之四十及百分之五十。」「第一項應自行負擔之費用，主管機關於必要時，得依診所及各級醫院前一年平均門診費用及第一項所定比率，以定額方式收取，並每年公告其金額。」

三、全民健康保險法第 55 條第 4 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：四、保險對象於保險醫事服務機構診療或分娩，因不可歸責於保險對象之事由，致自

墊醫療費用。」

四、全民健康保險法第 56 條第 1 項第 1 款

「保險對象依前條規定申請核退自墊醫療費用，應於下列期限內為之：一、依第一款、第二款或第四款規定申請者，為門診、急診治療當日或出院之日起六個月內。但出海作業之船員，為返國入境之日起六個月內。」

五、行政程序法第 48 條第 4 項

「期間之末日為星期日、國定假日或其他休息日者，以該日之次日為期間之末日；期間之末日為星期六者，以其次星期一上午為期間末日。」

六、本部改制前行政院衛生署 92 年 12 月 1 日衛署健保字第 0922600307 號公告（摘錄）

「全民健康保險保險對象應自行負擔之門診費用，除全民健康保險法及相關法規規定免自行負擔費用之情形外，依下列規定收取：一、全民健康保險門診基本應自行負擔之費用(二)領有身心障礙手冊之保險對象，西醫門診不論醫院層級應自行負擔費用均為 50 元。」

七、衛生福利部 112 年 6 月 21 日衛部保字第 1121260222 號公告(節錄)

「修正『全民健康保險保險對象門診藥品、急診應自行負擔之費用』如附件，並自 112 年 7 月 1 日生效，其他保險對象門診應自行負擔之費用，依現行規定辦理。

附件：

一、全民健康保險保險對象門診藥品應自行負擔之費用

(一) 收取金額如下：

藥品費用	應自行負擔費用	
	西醫基層醫療單位/ 地區醫院/中醫	區域醫院/醫學中心
100 元以下	0 元	低收入戶/中低收入者/ 身心障礙者(註 1) 0 元
		10 元
101-200 元	20 元	20 元
201-300 元	40 元	40 元
301-400 元	60 元	60 元
401-500 元	80 元	80 元
501-600 元	100 元	100 元
601-700 元	120 元	120 元
701-800 元	140 元	140 元
801-900 元	160 元	160 元
901-1000 元	180 元	180 元
1,001-1,100 元	200 元	200 元 低收入戶(註

1,101-1,200 元		220 元	2)/中低收入者/身心障礙者 200 元
1,201-1,300 元		240 元	
1,301-1,400 元		260 元	
1,401-1,500 元		280 元	
1,501 元以上		300 元	

(二) 保險對象持醫院開立之慢性病連續處方箋調劑(開藥二十八天以上)，第一次調劑以當次調劑慢性病藥品費用與一般藥品費用併計應自行負擔之門診藥品費用。

註：

1. 『低收入戶』指合於社會救助法規定之低收入戶成員；『中低收入者』指符合社會救助法規定之中低收入戶及符合老人參加全民健康保險無力負擔費用補助辦法規定之年滿七十歲中低收入老人；『身心障礙者』指領有社政主管機關核發之身心障礙證明者。
2. 低收入戶應自行負擔之費用，依法由中央社政主管機關補助。
3. 其他保險對象門診應自行負擔之費用，依現行規定辦理。」