

審定	
主 文	<p>一、原核定關於重新核定核退申請人於 114 年 2 月 12 日至 3 月 3 日住院就醫自付之醫療費用計新臺幣 4 萬 1,924 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：大陸地區○○省○○中醫院。</p> <p>二、就醫原因：腦梗塞(依健保署意見書記載)。</p> <p>三、就醫情形：114 年 2 月 12 日至 3 月 3 日住院。</p> <p>四、醫療費用：折合新臺幣（下同）計 4 萬 9,695 元。</p> <p>五、核定內容： 經查申請人於 109 年 6 月 1 日健保轉出，迄未加保，因此申請 114 年 2 月 12 日至 3 月 3 日於大陸地區住院就醫自墊之醫療費用，因就醫期間不在保，不符核退申請條件，依規定不得申請自墊醫療費用核退，該署歉難受理。</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 51 條第 4 款。</p> <p>(三) 全民健康保險自墊醫療費用核退辦法第 6 條第 1 項第 2 款前段。</p> <p>二、關於醫療費用 4 萬 1,924 元部分 此部分申請人於 114 年 6 月 9 日(本部收文日)申請審議後，業經健保署重新核定，同意按收據記載金額 4 萬 9,695 元，於扣除本保險不給付之中草藥及中成藥費計 7,771 元後，於 114 年 6 月 30 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核退申請人該次住院費用 4 萬 1,924 元($49,695 \text{ 元} - 7,771 \text{ 元} = 41,924 \text{ 元}$)在案，則此部分申請爭議審議之標的已不存在。</p> <p>三、關於其餘未准核退之醫療費用 7,771 元部分 此部分係申請人系爭住院費用中不列入本保險給付範圍之中成藥費及中藥飲片計 7,771 元，健保署未准核退，並無不合。</p> <p>四、綜上，原核定關於重新核定核退醫療費用 4 萬 1,924 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，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 25 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 51 條第 4 款

「下列項目不列入本保險給付範圍：四、成藥、醫師藥師藥劑生指示藥品。」

三、全民健康保險自墊醫療費用核退辦法第 6 條第 1 項第 2 款前段

「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。」