

審定	
主文	申請審議駁回。
事實	<p>一、境外就醫地點：泰國○○。</p> <p>二、就醫原因：右膝受傷（依健保署意見書記載）。</p> <p>三、就醫情形：113 年 11 月 10 日門診。</p> <p>四、醫療費用：折合新臺幣（下同）計 6,111 元。</p> <p>五、核定內容：</p> <p>經專業審查，以 1 次門診核付，並按健保署公告之「113 年 10、11、12 月份全民健康保險臺灣地區外自墊醫療費用核退上限」，門診每次 1,034 元，核退 1 次門診費用 1,034 元，其餘醫療費用，不予給付。</p> <p>六、申請人主張 113 年 11 月 10 日是星期日，就醫時間 17 時 50 分至 21 時 17 分，是進入有急診的醫院治療，核退申請書記載就醫診別「急診」，自墊費用原因說明「導遊領隊協助急診治療」，健保署卻用門診核退云云，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 6 條第 1 項第 2 款及第 2 項。</p> <p>(三) 健保署 113 年 10 月 11 日健保醫字第 1130664658 號公告。</p> <p>二、健保署提具意見</p> <p>申請人雖於爭議審議申請書之「事實及理由」欄表示 113 年 11 月 10 日就醫診別為急診，惟未檢附相關佐證資料，經該署再確認醫療收據、診斷書、檢查報告等資料皆為 Outpatient 門診，爰仍維持原核定。</p> <p>三、本件經綜整申請審議理由及卷附「RECEIPT」、「Medical Expenses」、「Medical Certificate」、「RADIOLOGY REPORT」等就醫相關資料影本顯示，申請人於 113 年 11 月 10 日就醫，申請人雖主張該次就醫為急診云云，惟查「Medical Certificate」記載「This patient has been treated at our hospital as an Out patient」（病患至醫院以門診病人處置），且其餘收費資料及檢查報告亦均分別記載「Outpatient Medication」或「Service charge OPD」或「OPD-Health Professional Fees(Specialist)」或「Ref. Unit : OPD」（轉介單位：門診部），則健保署認定申請人系爭 113 年 11 月 10 日就醫之診別為門診，給付 1 次門診費用，核屬有據，申請人所</p>

	<p>稱，核不足採。</p> <p>四、綜上，健保署依核退上限核退1次門診費用1,034元，其餘醫療費用未准核退，並無不合，原核定應予維持。</p> <p>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。</p>
--	---

中 華 民 國 114 年 8 月 13 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。」

三、健保署113年10月11日健保醫字第1130664658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113年10、11、12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)
113年10月至 113年12月	1,034	3,394	6,493

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。」