

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、○○醫院及○○醫院。</p> <p>二、就醫原因：右足拇趾遠端骨折。</p> <p>三、就醫情形：</p> <p>(一) 113 年 9 月 21 日(2 次，普通外科、手外科)、25 日、27 日、10 月 3 日、7 日、9 日(2 次，骨科、創面修復科)、12 日、16 日、19 日(2 次，骨科、創面修復科)、23 日、25 日、11 月 9 日及 12 月 28 日計 16 次門診。</p> <p>(二) 113 年 9 月 27 日急診。</p> <p>(三) 113 年 9 月 27 日至 30 日住院。</p> <p>四、醫療費用：折合計新臺幣(下同)4 萬 4,832 元(其中 113 年 9 月 21 日普通外科門診費用 449 元)</p> <p>五、核定內容：</p> <p>(一) 113 年 9 月 21 日(普通外科)門診：依收據記載金額，核實核退 449 元。</p> <p>(二) 113 年 10 月 19 日(骨科)及 10 月 23 日門診：該署前於 114 年 4 月 1 日以健保○字第 0000000000 號函通知補件，申請人於 114 年 4 月 16 日以電子郵件說明，惟經電話確認仍未補齊診斷證明，且已逾 2 個月補件期限，該署依現有書據逕行審核，該 2 次門診核定不給付。</p> <p>(三) 其餘 13 次門診及 113 年 9 月 27 日急診、113 年 9 月 27 日至 30 日住院：非屬不可預期之緊急傷病，不同意給付。</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、附表及第 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</p> <p>(一) 為維護申請人權益，該署復依申請人爭議審議申請書補述事實、理由及相關證據文件再送專業審查，認定趾挫傷併趾甲損傷，113 年 9 月 21 日第一次門診尚屬不可預期，之後多次返診，甚至住院，仍為可預期，維持原核定，不同意給付。</p> <p>(二) 該署於 114 年 4 月 1 日以健保○字第 0000000000 號函通知補件在案，惟申請人於 114 年 4 月 16 日電子郵件補件，所附補件函</p>

說明，略以「3. 西元 2024 年 10 月 19 日和 10 月 23 日…因此未開具門診病歷，也未開具診斷證明。」，且該署亦電洽再確認，已逾規定補件期限仍未補齊相關書據，該署逕予核定不給付，於法並無不合。

三、關於 113 年 10 月 19 日(骨科)及 10 月 23 日計 2 次門診部分

(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 113 年 10 月 19 日(骨科)及 10 月 23 日於臺灣地區外門診就醫，於 114 年 1 月 22 日向健保署申請自墊醫療費用核退，經健保署審查結果，以 114 年 4 月 1 日健保○字第 0000000000 號函通知申請人於通知之日起 2 個月內補送診斷書，惟申請人於 114 年 4 月 16 日以電子郵件之附件檔「補件函說明」載明醫師未開具該 2 次門診病歷，也未開具診斷書等語，則健保署依現有書據逕行審核，核定不給付該 2 次門診費用，於法並無不合。

四、關於 113 年 9 月 21 日(手外科)、25 日、27 日、10 月 3 日、7 日、9 日(2 次)、12 日、16 日、19 日(創面修復科)、25 日、11 月 9 日及 12 月 28 日計 13 次門診、113 年 9 月 27 日急診及 113 年 9 月 27 日至 30 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(急)診病歷」、「DR 診斷報告單」、「門診病假單」、「疾病診斷證明書」、「住院病案首頁」、「入院記錄」、「手術記錄」、「出院記錄」、「X 線檢查報告單」等就醫資料影本及健保署意見書顯示：

(一) 申請人因「外傷致右拇趾出血疼痛一天餘」，於 113 年 9 月 21 日至大陸地區○○省○○醫院門診(普通外科)就醫，經 X 光檢查發現「右足拇趾遠端趾骨骨折」，診斷為「趾挫傷伴有趾甲損壞」，業經健保署依規定核退在案。

(二) 申請人因同一傷症於同日同一醫院之手外科門診，診斷為「1. 拇趾開放性損傷伴指甲損傷 2. 拇趾骨折」，接受清創消毒包紮及夾板外固定，於 113 年 9 月 25 日複診，113 年 9 月 27 日至○○醫院門診，同日至○○醫院急診後收治入院，113 年 9 月 29 日接受「右拇趾清創+趾骨骨折內固定術」，113 年 9 月 30 日出院，並於 113 年 10 月 3 日、7 日、9 日(2 次)、12 日、16 日、19 日(創面修復科)、25 日、11 月 9 日及 12 月 28 日複診及換藥。

(三) 查申請人為右足拇趾遠端骨折，其受傷後第 1 次門診(113 年 9 月 21 日普通外科)就醫費用，健保署已核退在案，卷附後續就醫資料並無情況緊急之相關描述，不足以佐證後續門診、急診及住院當時有緊急就醫之必要，均尚難認屬因不可預期之緊急傷病而就醫，爰同意健保署意見，不予核退 113 年 9 月 21 日(手外科)、25 日、27 日、10 月 3 日、7 日、9 日(2 次)、12 日、16 日、19 日(創面修復科)、25 日、11 月 9 日及 12 月 28 日計 13 次門診、113 年 9 月 27 日急診及 113 年 9 月 27 日至 30 日住院費用。

五、申請人主張其腳被砸傷完全意外且突然發生，造成粉碎性骨折，受傷後腳部疼痛劇烈，迅速積血腫脹，根本無法正常站立和行走，日常行動依靠拄拐，甚至在較長距離移動時需要借助輪椅。從受傷後身體感受以及實際行動能力來看，傷勢嚴重且急需治療，若不進行手術，不僅會面臨長期的疼痛折磨，還極有可能導致腳部功能出現永久性損傷，影響後續正常生活與工作，這樣狀況在當地進行手術應完全符合突發且需要緊急醫療處置的不可預期之緊急傷病範疇，不明白為何不符合？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限，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) 本件申請人系爭 16 次門診、1 次急診及 3 日住院就醫，其中 113 年 9 月 21 日(普通外科)門診部分，健保署業依收據記載金額，核實核退在案，另 113 年 10 月 19 日(骨科)及 10 月 23 日門診部分，申請人未依規定檢附診斷書供核，其餘部分，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，再委請醫療專家就申請人檢附之前開就醫資料專業判斷結果，亦認為申請人非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，健保署核退 113 年 9 月 21 日(普通外科)門診費用 449 元，其餘醫療費用未准核退，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 114 年 11 月 24 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。」