

審 定	
主 文	申請審議駁回。
事 實	<p>一、境外就醫地點：日本○○。</p> <p>二、就醫原因：右手腕扭傷及右前臂挫傷。</p> <p>三、就醫情形：114 年 2 月 12 日、13 日、14 日、17 日、18 日、19 日、20 日、21 日、22 日、24 日、25 日、26 日、27 日、28 日及 3 月 3 日、4 日、5 日、7 日、8 日、10 日、11 日、12 日、13 日、14 日、15 日、17 日、18 日、19 日及 21 日計 29 次門診。</p> <p>四、核定內容：</p> <p>因開立收據 1 萬 2,300 日圓及 1 萬 2,100 日圓並未區分各次就醫費用，各次就醫均未檢附醫師診斷書，申請人 114 年 6 月 26 日補充說明表示無資料可補。爰該署依現有資料審核，且整骨院並非健保規定給付之正規醫療院所，故均不同意給付。</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、本件經綜整申請審議理由、本部委請醫療專家審查意見及卷附「RECEIPT」、「Treatment Certificate」等相關資料影本顯示：</p> <p>(一) 申請人因右手腕扭傷及右前臂挫傷於 114 年 2 月 12 日至日本○○接受治療，嗣於翌日 114 年 2 月 13 日至 3 月 21 日期間接受 28 次治療，經查申請人所附資料僅有 1 紙「Treatment Certificate」及 2 紙收據，記載「First Consultation Date: February 12th 2025」(首次諮詢日期：114 年 2 月 12 日)、「Date of Injury: February 8th 2025」(受傷日期：114 年 2 月 8 日)、「Name of Injury: Right wrist sprain / Right forearm contusion」(受傷名稱：右手腕扭傷/右前臂挫傷)、「Injury severe twisting of wrist and forearm when fall down on the snow」(跌倒在雪地上導致手腕和前臂嚴重扭傷)及「Day of visit」(就診日期)，</p>

並無情況緊急之相關描述，不足以佐證其就醫當時之病情或診斷屬全民健康保險自墊醫療費用核退辦法第3條所定之緊急傷病範圍，無由認定屬因不可預期之緊急傷病而就醫。

(二) 綜合判斷：同意健保署意見，不予核退114年2月12日至3月21日期間計29次費用。

三、申請人主張其留學期間發生意外，回國申請核退並檢附日本診所開立之診斷證明書及就診費用收據，健保署表示收據是按月份開立，並未區分各次就醫費用，且各次就醫均未檢附診斷書。健保署制定核退辦法有考慮明細遺失之問題，故其於114年6月26日向健保署表示返回日本補明細上的困難，依現有資料審核。114年6月26日健保署人員口頭告知整骨院並非健保規定給付之正規醫療院所，其當下回覆整骨院是日本的復健科診所，日本認定的醫療機構，且就診之療程與臺灣復健科醫療方式雷同，並非傳統國術館云云，惟所稱核難執為本案之論據，分述如下：

(一) 健保署提具意見

1. 經該署檢視申請人於114年4月9日申請時所檢送之申請資料內容，其114年2月12日至28日就醫，開立收據1萬2,300日圓係14次就診費用，另114年3月3日至21日就醫，開立收據1萬2,100日圓係15次就診費用，並未區分各次就醫之費用，且其中僅114年2月12日有檢附醫師診斷證明書，無法辨別是否為不可預期之緊急傷病，爰該署於114年5月26日以健保○字第0000000000號函通知於文到2個月內補正。申請人於114年5月29日來電時表示此次申請核退的是於整骨院就診之費用，該署當時已向其說明整骨院非健保給付院所。申請人於114年6月26日前來該署補充說明因無資料可補，依現有資料審核。
2. 因整骨院並非本保險給付之醫療服務機構，除就醫機構需符合本保險給付之醫療服務機構外，需經醫師親自診察後，才可施行治療，施行人員亦需符合醫療法第10條所稱醫事人員，另處置內容也必需符合健保給付範圍，因此核定不予給付。

(二) 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。

（三）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。

（四）本件申請人系爭 29 次治療，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資料專業判斷結果，認為無由認定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。

四、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。

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、附表及第 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。」「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；屆期末補件者，逕依所送書據進行審核。」

附表、申請核退醫療費用時應檢具之書據（節錄）

符合本法第五十五條規定之保險對象	保險對象(由本人或委託人申請)	備註
一、於臺灣地區外就醫者	一、醫療費用核退申請書。 二、醫療費用收據正本及費用	一、收據正本及費用明細如有遺失或供其他用途者，應檢具

<p>二、暫行停止給付期間，於非保險醫事服務機構就醫者(臺灣地區外)</p>	<p>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。 註：委託他人申請或保險對象未入境時，另需檢附委託書及受委託者之身分證影本。</p>	<p>原醫療機構加蓋印信證明與原本相符之影本，並出具聲明書註明無法提出原本之原因。收據影本加蓋印信證明確有困難者，可免加蓋印信，惟需出具聲明書註明無法提出原本之原因。 二、醫療費用收據正本、費用明細、診斷書或證明文件，如為英文以外之外文文件時，應檢附中文翻譯。</p>
--	---	--

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。」