

審 定	
主 文	一、原核定關於重新核定核退申請人於 114 年 6 月 12 日門診就醫自付之醫療費用計新臺幣 715 元部分申請審議不受理。 二、其餘申請審議駁回。
事 實	一、境外就醫地點：日本○○齒科及○○診療所。 二、就醫原因：臉部擦傷等(依健保署意見書記載)。 三、就醫情形：114 年 6 月 12 日計 2 次門診(依核退申請書及收據記載)。 四、醫療費用：各折合新臺幣(下同)2,131 元、1,848 元，合計 3,979 元。 五、核定內容： (一) 114 年 6 月 12 日門診(○○齒科)：按健保署公告「114 年 4、5、6 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 次門診費用計 1,034 元，其餘醫療費用，不予給付。 (二) 114 年 6 月 12 日門診(○○診療所)：經專業審查，認定不符不可預期之緊急傷病，核定不予核退醫療費用。
理 由	一、法令依據 (一) 全民健康保險爭議事項審議辦法第 18 條第 1 項第 4 款。 (二) 全民健康保險法第 51 條第 10 款及第 55 條第 2 款。 (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 款及第 2 項。 (四) 健保署 114 年 4 月 11 日健保醫字第 1140661642 號公告。 二、關於醫療費用 715 元部分 此部分申請人於 114 年 10 月 2 日(本部收文日)申請審議後，業經健保署重新核定，同意核退 114 年 6 月 12 日門診(深浦診療所)費用，並按收據記載金額，扣除不列入本保險給付範圍之證書費 1,133 元後，補核退該次門診費用 715 元，並於 114 年 10 月 15 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付申請人在案，則此部分申請爭議審議標的已不存在。 三、關於其餘未准核退之醫療費用差額 2,230 元(3,979 元-原核定核退 1,034 元-爭審後補付 715 元=2,230 元)部分 此部分為申請人系爭 114 年 6 月 12 日門診(青森駅前齒科)費用中超過核退上限之醫療費用，及 114 年 6 月 12 日門診(深浦診療所)費用中不列入本保險給付範圍之「文書料」(證書費)1,133 元，健

	保署未准核退，於法並無不合。 四、綜上，原核定關於重新核定核退醫療費用 715 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 2,230 元，健保署未准核退，並無不合，原核定關於此部分應予維持。 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。
--	---

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 10 款

「下列項目不列入本保險給付範圍：十、病人交通、掛號、證明文件。」

三、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。」

四、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、門診每人、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。」

五、健保署 114 年 4 月 11 日健保醫字第 1140661642 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 114 年 4、5、6 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)
114 年 4 月至 114 年 6 月	1,034	3,614	6,396

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。」