

審 定	
主 文	<p>一、原核定關於重新核定核退申請人於 113 年 10 月 26 日至 27 日住院就醫自付之醫療費用計新臺幣 6,493 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、就醫地點：美國○○。</p> <p>二、就醫原因：尿滯留(依健保署意見書記載)。</p> <p>三、就醫情形：</p> <p>(一) 113 年 10 月 26 日急診。</p> <p>(二) 113 年 10 月 26 日至 27 日住院。</p> <p>(三) 113 年 10 月 31 日門診。</p> <p>四、醫療費用：急診及住院費用計折合新臺幣(下同)87 萬 5,707 元(核定通知書原分列急診費用 86 萬 5,737 元，住院費用 9,970 元，重新核定合併列計金額)、門診費用 9,705 元。</p> <p>五、核定內容：</p> <p>(一) 113 年 10 月 26 日急診及 113 年 10 月 31 日門診：按健保署公告「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」，急診每次 3,394 元，門診每次 1,034 元，核退 1 次急診及門診費用各 3,394 元、1,034 元，合計 4,428 元(計算式：3,394 元+1,034 元=4,428 元)；其餘醫療費用，不予給付。</p> <p>(二) 113 年 10 月 26 日至 27 日住院：缺診斷書及費用收據，該署前於 114 年 2 月 14 日以健保○字第 0000000000 號函通知補件，申請人於 114 年 4 月 7 日補付款證明，並聲明延長補件，惟仍未補齊住院診斷證明，且已逾 4 個月補件期限，該署依現有書據逕行審核，核定不予給付。</p> <p>六、申請人就 113 年 10 月 26 日急診及 113 年 10 月 26 日至 27 日住院費用部分不服，主張核退結果金額與實際住院費用不符，住院文件補件遲延原因為美國就診期間接洽醫師多達 5-6 名，自 114 年 2 月起多次回院申請文件，遲無法取得相關醫師證明，至 9 月才取得所需文件等語，向本部申請爭議審議。</p> <p>七、健保署提具意見</p> <p>該署依申請人所檢附書據，重新將 113 年 10 月 26 日急診及 113 年 10 月 26 日至 27 日住院收據金額併計為 2 萬 7,339.34 美元(折合新臺幣 87 萬 5,707 元)，又經專業審查認定 113 年 10 月 26 日</p>

	<p>至 10 月 27 日住院於病歷摘要記載入院理由即血尿和尿滯留，並接受檢查與治療，同意給付住院醫療費用，重新核定 113 年 10 月 26 日急診轉住院至 27 日，再以住院每日核退上限給付醫療費用計 6,493 元。</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 55 條第 2 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 款及第 2 項。</p> <p>(四) 健保署 113 年 10 月 11 日健保醫字第 1130664658 號公告。</p> <p>二、關於住院醫療費用 6,493 元部分</p> <p>此部分申請人於 114 年 10 月 13 日(本部收文日)申請審議後，業經健保署重新核定，同意核退 1 日住院費用，已如前述，並依健保署前揭公告之核退上限，住院每日 6,493 元，於 114 年 11 月 20 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。</p> <p>三、關於其餘未准核退之急診及住院醫療費用差額 86 萬 5,820 元(計算式:875,707 元-原核定急診核付 3,394 元-爭審後住院補付 6,493 元=865,820 元)部分</p> <p>此部分為申請人系爭急診及住院費用中超過核退上限之醫療費用，健保署未准核退，於法並無不合。</p> <p>四、綜上，原核定關於重新核定核退住院醫療費用 6,493 元部分，申請爭議審議之標的已不存在，應不予受理；其餘急診及住院醫療費用 86 萬 5,820 元，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 12 月 23 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 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。」

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

「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。」

四、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。」