

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：$3,394\text{元}+1,034\text{元}=4,428\text{元}$)；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> <ul style="list-style-type: none"> (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 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 113 年 10 月 11 日健保醫字第 1130664658 號公告。 <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。」

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。」