

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○○市人民醫院。</p> <p>二、就醫原因：左眼外眥皮膚裂傷、左眼結膜出血。</p> <p>三、就醫情形：</p> <p>（一）114 年 4 月 13 日急診。</p> <p>（二）114 年 4 月 14 日門診。</p> <p>四、核定內容：</p> <p>（一）114 年 4 月 13 日急診：前於 114 年 7 月 3 日以臨櫃交付補件通知書通知補診斷書，惟迄未接獲補件，且已逾 2 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>（二）114 年 4 月 14 日門診：經專業審查認定非屬不可預期之緊急傷病，核定不予給付。</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、健保署提具意見及補充意見</p> <p>（一）為維護保險對象權益，該署復依申請人爭議審議申請書補述事實及理由、相關證據文件，將 114 年 4 月 14 日門診再送專業審查，仍認定返診非不可預期之緊急傷病，爰維持原核定，不同意給付。</p> <p>（二）該署於 114 年 7 月 3 日臨櫃通知申請人補 114 年 4 月 13 日急診診斷書在案，惟申請人逾 2 個月補件期限仍未獲補件，該署逕依所附書據審核核定不給付，於法並無不合。又申請人於爭議審議時(114 年 12 月 8 日)始提出上開急診之診斷證明，顯已逾法定補件期限，爰維持原核定，不予給付。</p> <p>三、關於 114 年 4 月 13 日急診部分</p> <p>（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</p>

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114年4月13日於臺灣地區外急診就醫，於114年7月3日(健保署收件日)申請自墊醫療費用核退，經健保署審查結果，於114年7月3日收件日當天臨櫃通知申請人於通知之日起2個月內補送「診斷書」，復為申請人所不否認，惟申請人逾期(期間末日114年9月3日)仍未補正，健保署乃依現有書據逕行審核，於114年9月24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定不給付。

(三) 申請人於114年12月8日(本部收文日)申請爭議審議時雖檢附114年4月13日「急診(留觀)病歷」，惟健保署補充意見陳明，略以該署於114年7月3日臨櫃通知申請人補114年4月13日急診診斷書在案，申請人逾2個月補件期限仍未獲補件等語，則健保署不予核退，於法並無不合。

四、關於114年4月14日門診部分

此部分經綜整本部委請醫療專家審查意見及卷附「診斷證明書」、「急診(留觀)病歷」顯示，申請人於114年4月13日急診就醫，主訴「摔傷致頭面部疼痛伴出血1小時」，診斷為「外傷後頭痛、左眼外眥皮膚裂傷、左眼鈍挫傷」，並於114年4月14日門診複查，醫囑「對症治療，眼科門診複查，不適隨診」，卷附該次門診就醫資料並無情況緊急之相關描述，不足以佐證其門診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，尚難認屬因不可預期之緊急傷病而就醫，同意健保署意見，不予核退114年4月14日門診費用。

五、申請人主張其於114年4月13日於大陸地區○○○○跌倒，撞到眼角，緊急於○○急診，醫生說無法處理這類傷口，馬上開車往○○就醫，醫生縫合傷口照X光後建議回家觀察，隔日複診，當時有開114年4月14日醫生證明，不知需要114年4月13日證明，請當地友人幫忙至原院開留觀證明，時間上無法預期內提出，回臺後補齊云云，惟所稱核難執為本案之論據，理由如下：

(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 2 次就醫，其中 114 年 4 月 13 日急診部分，未檢附診斷書，而 114 年 4 月 14 日門診部分，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，亦認為尚難認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，健保署未准核退系爭急診及門診醫療費用，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。」