

審 定	
主 文	<p>一、原核定關於重新核定核退申請人於 114 年 6 月 7 日急診就醫自付之醫療費用計新臺幣 1,154 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、境外就醫地點：大陸地區○○市○○區中心醫院。</p> <p>二、就醫原因：上呼吸道感染、新型冠狀病毒感染（依健保署意見書記載）。</p> <p>三、就醫情形：114 年 6 月 7 日急診。</p> <p>四、醫療費用：折合新臺幣(下同)2,830 元。</p> <p>五、核定內容： 申請人申請核退 114 年 6 月 7 日（急診）於臺灣地區外就醫，經該署專業審查，認定非屬不可預期之緊急傷病，核與規定不符，所請核退醫療費用，核定不予給付。</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 51 條第 4 款及第 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 款前段。</p> <p>二、關於醫療費用 1,154 元部分</p> <p>此部分申請人於 114 年 12 月 29 日(本部收文日)申請審議後，業經健保署重新核定，同意依收據記載金額，於扣除本保險不給付之中成藥費計 1,676 元後，補核退該次急診費用計 1,154 元(2,830 元-1,676 元=1,154 元)，並於 115 年 1 月 8 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退在案，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醫療費用差額 1,676 元部分</p> <p>此部分係申請人系爭急診費用中不列入本保險給付範圍之中成藥費計 1,676 元，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醫療費用計 1,154 元部分，申請爭議審議之標的已不存在，應不予受理；其餘醫療費用計 1,676 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 115 年 3 月 2 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 4 款

「下列項目不列入本保險給付範圍：四、成藥、醫師藥師藥劑生指示藥品。」

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 款前段

「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。」