

審 定

主 文	申請審議駁回。
事 實	<p>一、就醫地點：○○醫療財團法人○○醫院(以下簡稱○○醫院)。</p> <p>二、就醫情形：</p> <p>(一) 114年2月7日、19日、4月8日及10月3日計4次門診。</p> <p>(二) 114年3月22日至4月1日住院。</p> <p>三、醫療費用：計新臺幣(下同)22萬1,092元(含部分負擔費用計1萬9,665元)。</p> <p>四、核定內容：</p> <p>(一) 114年2月7日、19日、4月8日計3次門診及114年3月22日至4月1日住院：已逾6個月申請期限，核定不予核退。</p> <p>(二) 114年10月3日門診：在重大傷病證明生效日114年10月7日前，核定不予核退。</p> <p>五、申請人不服，主張其盡職促請開立證明，因專業醫生評估致未能及時取得，其於114年3月22日因手術住院及後續回診期間，多次向○○醫院主治醫師諮詢並提出開立重大傷病證明之需求，醫師基於臨床觀察及醫療專業考量，認為當時病況尚需時間評估，遲至114年10月3日經醫師判定並開立證明後，旋於114年10月7日申辦重大傷病，致本人無法第一時間申請並取得重大傷病證明，本人已盡保險對象之注意義務，法律不應強求人民行使事實上無法行使之權利，健保署以已逾6個月申請效期為由駁回，執意以「就醫日」而非「取得資格日」計算時效，顯失公允，且違反重大傷病制度保障弱勢病患之本旨，本人於取得資格後第一時間即履行，已展現維護權利之積極態度，實不應因核退辦法之不完備，剝奪其依法繳納保費而無法享有健保給付權益云云，向本部申請審議。</p>
理 由	<p>一、法令依據</p> <p>(一) 全民健康保險法第48條第1項第1款及第2項、第55條第4款及第56條第1項第1款前段。</p> <p>(二) 全民健康保險保險對象免自行負擔費用辦法第5條第1項前段、第6條第1項第1款及第2項。</p> <p>二、健保署提具意見</p> <p>(一) 114年2月7日、19日、4月8日計3次門診及114年3月22日至4月1日住院，應自就醫或出院之日起6個月內辦理核退申</p>

請，申請末日為 114 年 8 月 7 日至 10 月 8 日間，惟申請人於 114 年 10 月 14 日始提出申請，已逾 6 個月內申請醫療費用核退之期限；另查重大傷病證明申請作業系統，申請人依 114 年 10 月 3 日開立之診斷書申請重大傷病證明，該署核定生效，期限為 114 年 10 月 7 日至 119 年 10 月 6 日，因 114 年 10 月 3 日為重大傷病證明生效日期前之門診，不符合重大傷病核退條件，爰核定 114 年 2 月 7 日、19 日、4 月 8 日、10 月 3 日計 4 次門診及 114 年 3 月 22 日至 4 月 1 日住院，不予給付。

(二) 另 114 年 10 月 3 日門診係屬前揭重大傷病證明生效日前之就醫，查本案申准核發重大傷病證明之依據，係○○醫院 114 年 10 月 3 日所開立之診斷書，並非以當次住院期間之檢驗報告申准重大傷病證明，亦非屬於出院後始經確定診斷之情形，爰不適用全民健康保險保險對象免自行負擔費用辦法第 6 條第 2 項規定。

三、關於 114 年 2 月 7 日、19 日、4 月 8 日計 3 次門診及 114 年 3 月 22 日至 4 月 1 日住院部分

(一) 依全民健康保險法第 55 條第 4 款及第 56 條第 1 項第 1 款前段規定，保險對象於保險醫事服務機構診療或分娩，因不可歸責於保險對象之事由，致自墊醫療費用者，應於門診、急診治療當日或出院之日起 6 個月內，申請核退自墊醫療費用。是以，保險對象申請核退自墊醫療費用之 6 個月期限，係自其門診、急診治療當日或出院之日起計 6 個月，審諸其意甚明。

(二) 申請人於 114 年 2 月 7 日、19 日、4 月 8 日計 3 次門診及 114 年 3 月 22 日至 4 月 1 日住院，依前揭全民健康保險法第 56 條第 1 項第 1 款前段規定，申請人應分別自各該次門診治療當日及該出院之日起 6 個月內(門診申請期間末日分別為 114 年 8 月 7 日、19 日、10 月 8 日及住院申請期間末日 114 年 10 月 1 日)，申請核退其自付之部分負擔醫療費用，惟申請人迄於 114 年 10 月 14 日始向該署提出此部分 3 次門診及住院部分負擔醫療費用核退之申請，有卷附蓋於申請人填送「全民健康保險自墊醫療費用核退申請書」上之健保署○○業務組聯合服務中心收文章戳可按，復為申請人所不否認，此部分即已逾 6 個月申請期限，健保署未准核退，於法並無不合。

四、關於 114 年 10 月 3 日門診部分

(一) 按「重大傷病證明，以保險對象提出申請之日為生效日。」為全

民健康保險保險對象免自行負擔費用辦法第 5 條第 1 項前段所
明定。又依同辦法第 6 條第 1 項第 1 款及第 2 項規定：「(第 1 項
第 1 款)保險對象持有效期間內重大傷病證明就醫，其免自行負
擔費用範圍如下：一、重大傷病證明所載傷病，或經診治醫師認
定與該傷病相關之治療。」「(第 2 項)保險對象如因重大傷病住
院，並於住院期間申請獲准發給該項重大傷病證明者，其當次住
院免自行負擔費用；如住院期間之檢驗報告，於出院後始經確定
診斷屬於重大傷病，並據以申請獲准發給該項重大傷病證明，其
施行該確定診斷檢驗之當次住院及出院後之相關門診，亦免自行
負擔費用。」，是持有重大傷病證明之保險對象原則上須於重大
傷病證明有效期間內就醫，並符合重大傷病證明所載病名之傷病
或該傷病之相關治療，始得免除自行負擔費用；而所指可回溯至
重大傷病證明生效日前之住院免部分負擔費用，係指申請獲准發
給重大傷病證明之依據為該次「住院期間」所施行之檢驗結果，
而於出院後始經確定診斷符合該重大傷病證明所載病名之情形，
合先敘明。

- (二) 此部分經審查卷附「全民健康保險重大傷病核定審查通知書」、
「重大傷病申請資料維護」等相關資料影本及健保署意見書記
載，認為申請人係由○○醫院於 114 年 10 月 7 日代向健保署提
出重大傷病證明之申請，經健保署依○○醫院 114 年 10 月 3 日
開立之診斷證明書，審查同意核發診斷病名為「乙狀結腸惡性腫
瘤」(ICD-10-CM：C187)之重大傷病證明，有效起迄日為申請日
114 年 10 月 7 日至 119 年 10 月 6 日，而申請人 114 年 10 月 3
日至○○醫院門診，並非重大傷病證明有效期間內就醫，亦非申
准重大傷病證明之「住院期間」所施行之檢驗依據，而得例外回
溯重大傷病證明生效前免部分負擔費用之就醫，不符合全民健康
保險保險對象免自行負擔費用辦法第 6 條規定得免除部分負擔
費用之條件，即應由申請人自行負擔費用。

五、綜上，健保署未准核退系爭住院及門診部分負擔費用，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。

中 華 民 國 115 年 3 月 19 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、全民健康保險法第 48 條第 1 項第 1 款及第 2 項

「保險對象有下列情形之一者，免依第四十三條及前條規定自行負擔費用：一、重大傷病。」「前項免自行負擔費用範圍、重大傷病之項目、申請重大傷病證明之程序及其他相關事項之辦法，由主管機關定之。」

二、全民健康保險法第 55 條第 4 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：四、保險對象於保險醫事服務機構診療或分娩，因不可歸責於保險對象之事由，致自墊醫療費用。」

三、全民健康保險法第 56 條第 1 項第 1 款前段

「保險對象依前條規定申請核退自墊醫療費用，應於下列期限內為之：一、依第一款、第二款或第四款規定申請者，為門診、急診治療當日或出院之日起六個月內。

四、全民健康保險保險對象免自行負擔費用辦法第 5 條第 1 項前段

「重大傷病證明，以保險對象提出申請之日為生效日。」

五、全民健康保險保險對象免自行負擔費用辦法第 6 條第 1 項第 1 款及第 2 項

「保險對象持有效期限內重大傷病證明就醫，其免自行負擔費用範圍如下：一、重大傷病證明所載傷病，或經診治醫師認定為該傷病相關之治療。」「保險對象如因重大傷病住院，並於住院期間申請獲准發給該項重大傷病證明者，其當次住院免自行負擔費用；如住院期間之檢驗報告，於出院後始經確定診斷屬於重大傷病，並據以申請獲准發給該項重大傷病證明，其施行該確定診斷檢驗之當次住院及出院後之相關門診，亦免自行負擔費用。」