



# 全民健康保險自墊醫療費用核退申請書

粗線內請勿填寫(受理機關審核欄)

① 就醫地區 <input type="checkbox"/> 臺灣地區內 <input type="checkbox"/> 臺灣地區外		受理號碼		受理日期				
② 保 險 正 對 象 關 收 容 人	姓名	身分證字號				出生日期	年 月 日	
	臺灣通訊地址	縣 市	鄉鎮市區	路 街	段 巷	弄 號	樓	
	臺灣聯絡電話	公( )	住( )	手機：				
③ 就 醫 情 形	就醫國別 (不同國別請另填申請書)	收據幣別		<input type="checkbox"/> 新台幣 <input type="checkbox"/> 人民幣 <input type="checkbox"/> 港幣 <input type="checkbox"/> 泰銖 <input type="checkbox"/> 印尼盾 <input type="checkbox"/> 日幣 <input type="checkbox"/> 歐元 <input type="checkbox"/> 美金 <input type="checkbox"/> 越南盾 <input type="checkbox"/> 澳幣 <input type="checkbox"/> 其他幣別				
	診別	門、急診就醫日或住院起迄日	就醫院所名稱		收據金額			
	1. <input type="checkbox"/> 門診 <input type="checkbox"/> 住院 <input type="checkbox"/> 急診							
	2. <input type="checkbox"/> 門診 <input type="checkbox"/> 住院 <input type="checkbox"/> 急診							
④ 申 請 金 額	收據總金額							
	收據非正本聲明	醫療費用收據正本因 <input type="checkbox"/> 遺失、毀損 <input type="checkbox"/> 另有它用而無法檢送，改提供非收據正本申請核退，嗣後如有與本聲明不符之情形、或發現有重覆申請或受領情事，願負法律責任，特此聲明。 簽章 _____ 與保險對象關係 _____ 註：持收據影本者，應由原醫療機構加蓋印信證明與原本相符						
⑤ 自 墊 費 用 原 因 (請 於 原 因 欄 詳 述)	申請理由		申請期限					
	<input type="checkbox"/> 臺灣地區內	<input type="checkbox"/> 於就醫時未能及時繳驗健保卡或身分證件，且因不可歸責保險對象之事由，致未及於就醫日起10日內(不含例假日)向保險醫事服務機構補送保險憑證申請退費 <input type="checkbox"/> 未以下列就醫類別優待(或免)部分負擔： <input type="checkbox"/> 職災 <input type="checkbox"/> 低收入戶 <input type="checkbox"/> 榮民 <input type="checkbox"/> 結核病 <input type="checkbox"/> 重大傷病 <input type="checkbox"/> 身心障礙證明(門診基本部分負擔不分醫院層級一律50元) <input type="checkbox"/> 其他 _____ <input type="checkbox"/> 因緊急傷病或分娩，須在非保險醫事服務機構立即就醫。 <input type="checkbox"/> 於保險人暫行停止給付期間自墊醫療費用，並已繳清保險費等相關費用。	1. 急診、門診或出院之日起6個月內。 2. 出海作業之船員為返國入境之日起6個月內。 3. 繳清保險費相關費用之日起6個月內。					
	<input type="checkbox"/> 臺灣地區外	<input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 於保險人暫行停止給付期間自墊醫療費用，並已繳清保險費等相關費用。						
	<input type="checkbox"/> 住院部分負擔超過上限	國內全年累計急性病房30日內或慢性病房180日內之住院部分負擔超過衛生福利部所訂最高金額。					次年6月30日前。	
自墊費用原因(或不可歸責事由)說明：(請詳述)								
⑥ 付 款 方 式	*申請人如有積欠健保保險費、滯納金或紓困基金貸款等，核退費用 <input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意 優先繳付前開欠費。簽章 _____							
	*保險對象因 _____，無法親自辦理將核退費用優先繳付積欠上開費用，特委託 _____ 辦理。簽章 _____ (申請人若不同意核退費用優先繳付積欠健保保險費、滯納金或紓困基金貸款等費用，請先繳清欠費再申請核退。)							
<input type="checkbox"/> 保險對象 <input type="checkbox"/> 法定代理(繼承)人 <input type="checkbox"/> 矯正機關： _____ 身分證字號(矯正機關代碼)： _____								
<input type="checkbox"/> 1. 轉帳：戶名 _____ 金融機構名稱或代碼 _____ 轉帳帳號 _____ (請附存摺封面影本)								
<input type="checkbox"/> 2. 支票(支票為劃線或禁止背書轉讓，如須變更，請於收迄後，親洽原開立業務組辦理)								
⑦ 檢 附 書 據	臺灣地區內		臺灣地區外			住院部分負擔超過上限		
	<input type="checkbox"/> 1. 醫療費用收據正本及費用明細 <input type="checkbox"/> 2. 免部分負擔或優待部分負擔證明 <input type="checkbox"/> 3. 非健保特約醫療機構需附診斷證明或證明文件 <input type="checkbox"/> 4. 住院案件者：出院病歷摘要 <input type="checkbox"/> 5. 其他 _____		<input type="checkbox"/> 1. 醫療費用收據正本及費用明細，如非英文，應檢附中文翻譯 <input type="checkbox"/> 2. 診斷書或證明文件，如非英文，應檢附中文翻譯 <input type="checkbox"/> 3. 住院案件者：出院病歷摘要，如非英文，應檢附中文翻譯 <input type="checkbox"/> 4. 護照貼有相片頁及當次出、入境證明文件影本(或服務機關出具之證明)，如為自動通關者請註明於相片頁 <input type="checkbox"/> 5. 其他：公證驗證書(大陸地區住院天數≥5天者之醫療費用收據正本及診斷書需經公證、驗證)			<input type="checkbox"/> 1. 同意由保險人進行計算核退費用金額者，得免檢具醫療費用收據正本及費用明細 <input type="checkbox"/> 2. 醫療費用收據正本及費用明細 <input type="checkbox"/> 3. 其他 _____		
	<input type="checkbox"/> 1. 未成年者請檢附戶口名簿影本 <input type="checkbox"/> 2. 保險對象已死亡者，請提供法定繼承聲明書、死亡證明文件(除籍之戶口名簿影本或死亡證明等文件)及法定繼承人身分證明文件							
⑧ 申 簽 請 章 人	為審核需要， <input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意 保險人調閱國內院所之病歷資料。若不同意，保險人將請申請人自行提供。							
	<input type="checkbox"/> 1. 保險對象 簽章 _____ <input type="checkbox"/> 2. 法定代理(繼承)人 簽章 _____ <input type="checkbox"/> 3. 矯正機關承辦員 簽章 _____							
⑨ 委 託 書	保險對象因 _____，無法親自辦理自墊醫療費用核退相關事宜，特委託 _____ 代辦。							
	委託人簽章 _____ 受託人簽章(請附身分證證明文件影本) _____ 電話 _____ (與委託人關係 _____)							

# 全民健康保險自墊醫療費用核退申請書填寫說明

## 一、注意事項：

- (一)依全民健康保險法第 81 條規定略以：「以不正當行為或以虛偽之證明、報告、陳述而申請核退者，處以其申請核退之醫療費用二倍至二十倍之罰鍰；其涉及刑責者，移送司法機關辦理。」
- (二)本申請書保險對象可自行印製使用，或向全民健康保險保險人業務組索取或至全民健康保險保險人之網站下載。
- (三)年滿十八歲具行為能力者，應由本人提出申請，不得指定受款人；未滿十八歲、無行為能力或限制行為能力者，由法定代理人申請，並附身分證明文件；本人死亡者，由法定繼承人申請，並附身分證明文件及聲明書。
- (四)臺灣地區內通訊地址請確實填明，以利核退通知之寄發。
- (五)於臺灣地區外發生不可預期之緊急傷病或緊急分娩，在當地醫事服務機構就醫者，應檢具醫療費用收據正本、費用明細、診斷書或證明文件，若為住院案件者，另需檢具出院病歷摘要。
- (六)自 99 年 4 月 1 日（住院出院日）起，保險對象申請大陸地區住院 5 日（含 5 日，另出院日不計）以上之自墊醫療費用核退案件，及保險人實務作業認定有查證必要之案件，所須檢具之醫療費用收據正本及診斷書，當事人必須先在大陸地區公證處辦理公證，再持公證書正本向財團法人海峽交流基金會（聯絡電話：02-25335995 網址：<http://www.sef.org.tw>）申請驗證，完成公證驗證之文書，始予採認。惟費用明細及出院病歷摘要暫不需辦理公證驗證。
- (七)依全民健康保險自墊醫療費用核退辦法第 5 條第 2 項規定，保險對象檢送書據不全者，應自保險人通知之日起二個月內補件；必要時得延長一次，屆期未補件者逕依所送書據進行審核。

## 二、申請要件：保險對象有下列情形之一者，得申請核退保險醫療費用：

- (一)於臺灣地區內，因緊急傷病或分娩，須在非保險醫事服務機構立即就醫者。
- (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者。
- (三)於保險人暫行停止給付期間，在保險醫事服務機構診療或分娩，並已繳清保險費等相關費用；其在非保險醫事服務機構就醫者，依前二款規定辦理。
- (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。
- (五)依全民健康保險法第四十七條規定自行負擔之住院費用，全年累計超過主管機關所定最高金額之部分。

## 三、受理單位：

- (一)合於申請要件第 1 款、第 3 款及第 4 款者，請向就診醫院所在地之下列全民健康保險保險人業務組申辦。
- (二)合於申請要件第 2 款者，請向投保單位所在地之下列全民健康保險保險人業務組申辦，惟若屬同一事故就醫者，得同時向同一業務組申辦。
- (三)合於申請要件第 5 款者，請向全年第一次就診醫院所在地之下列全民健康保險保險人業務組申辦。

## 四、核退標準：由保險人依本保險醫療費用審查、支付、給付規定及全民健康保險自墊醫療費用核退辦法等辦理。

## 五、給付方式：本項費用經核定後，由受理單位郵寄支票或以轉帳方式匯入保險對象或法定代理人、法定繼承人帳戶。匯率計算採申請日前一個月最後營業日該外幣中央銀行公告之匯率，若中央銀行無該外幣匯率則依續以臺灣銀行公告即期賣出、現金賣出外幣匯率及彭博社或路透社所刊載之匯率計算。

## 六、全民健康保險保險人各分區業務組地址及電話一覽表：

業務組	地 址	轄 區 範 圍	聯 絡 電 話
臺北業務組	100008 臺北市公園路 15 之 1 號	臺北市、新北市、宜蘭、基隆、金門、連江	(02)21912006
北區業務組	320216 桃園市中壢區中山東路 3 段 525 號	桃園、新竹、苗栗	(03)4339111
中區業務組	407666 臺中市市政北一路 66 號	台中、彰化、南投	(04)22583988
南區業務組	700203 臺南市公園路 96 號	雲林、嘉義、台南	(06)2245678
高屏業務組	801663 高雄市前金區中正四路 259 號	高雄、屏東、澎湖	(07)2315151
東區業務組	970009 花蓮市軒轅路 36 號	花蓮、台東	(03)8332111

## 七、若給付類別為職業傷害或職業病，因係全民健康保險保險人行政協助勞工保險局辦理項目，故請將資料備齊後逕寄至臺北市羅斯福路一段 4 號（勞工保險局 02-23961266）申辦。

## 八、若保險對象欲線上查詢申請進度，請至本署全球資訊網/健保服務/健保醫療費用/就醫費用與退費/自墊醫療費用核退/自墊醫療核退辦理進度查詢系統。

## 九、付款方式選擇支票付款，依出納管理手冊規定，簽發支票時，應一律簽發抬頭支票，票面劃平行線二道，並禁止背書轉讓，須透過本人帳戶兌領。

## 十、境外核退自墊醫療費用依保險人公告之全民健保特約醫院及診所之急診每次、門診每次、住院每日的平均費用作為核退上限，申請費用經審核低於上限者，核實給付，超過上限者以上限給付。

## 十一、保險對象為低收入戶或中低收入戶如有積欠健保保險費、滯納金或紓困基金貸款等，為例外處理。