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)保險對象請依式填具，並向受理單位提出申請。

(二)依全民健康保險法第 72 條規定：「以不正當行為或以虛偽之證明、報告、陳述而領取保險給付者，按其領取之保險給付處以二倍罰鍰；其涉及刑責者，移送司法機關辦理。」

(三)本申請書請投保單位自行依式印製使用，或向健保局業務組索取及網站下載。

(四)年滿二十歲具行為能力者，應由本人提出申請，不得指定付款人；未滿二十歲者，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。

(五)若為投保單位代墊醫療費用時，請保險對象以書面聲明，指定付款對象為投保單位。

(六)指定付款地址請確實填明，以利核退款項之寄發。

(七)**自 99 年 4 月 1 日（住院出院日）起，保險對象申請核退大陸地區住院 5 日（含）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：02-27134726 網址：http://www.sef.org.tw）申請驗證，完成驗證之文書，始予採認。**

二、申請要件：保險對象有下列情況之一者，得申請核退保險醫療費用：

(一)未依全民健康保險法(以下簡稱本法)規定投保，而依本法第 69 條之 1 規定處以罰鍰及暫不予保險給付，於暫不予保險給付期間，在保險醫事服務機構自墊醫療費用就醫，並已繳清罰鍰及保險費者。

(二)依本法第 30 條第 3 項規定，經暫行拒絕保險給付，於暫行拒絕保險給付期間，在保險醫事服務機構自墊醫療費用就醫，並已繳清保險費及滯納金者。

(三)未依本法第 33 條及第 35 條規定繳納應自行負擔之費用，經暫行拒絕保險給付，於暫行拒絕保險給付期間，在保險醫事服務機構自墊醫療費用就醫，並已繳清其應自行負擔之費用者。

(四)符合全民健康保險醫療辦法第 6 條規定，未及於就醫日起七日內向保險醫事服務機構補送保險憑證或免部分負擔證明者。

(五)符合全民健康保險緊急傷病自墊醫療費用核退辦法(以下簡稱核退辦法)第 2 條規定，保險對象有下列情形之一者：

1.本保險施行區域內，因緊急傷病不克前往本保險醫事服務機構就醫，必須於附近非保險醫事服務機構急救者。

2.本保險施行區域內，因情況緊急不克前往本保險醫事服務機構分娩，必須於非保險醫事服務機構分娩，或延請合格醫師或助產士接生者。

3.本保險施行區域外(包括國外及大陸地區)發生不可預期之傷病或緊急分娩，必須於當地醫療機構就醫或分娩者。

(六)依本法第 35 條第 2 項及其施行細則第 64 條第 3 項規定，每年應自行負擔之住院費用，超過最近一年每人平均國民所得之百分之十者。

三、受理單位：

(一)合於申請要件第 1 款至第 5 款之 1、2 者，請向就診醫院所在地之健保局轄區業務組辦理。

(二)合於申請要件第 5 款之 3 者，請向投保單位所在地之健保局轄區業務組辦理。

(三)合於申請要件第 6 款者，請向全年第一次就診醫院所在地之健保局轄區業務組辦理。

四、給付標準：由保險人依本保險醫療費用審查、支付及全民健康保險緊急傷病自墊醫療費用核退辦法等有關規定辦理核退。

五、給付方式：本項費用經核定後，由各分區業務組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(需檢附相關證明文件)。匯率計算採申請日當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以華爾街日報公告之匯率計算(http://online.wsj.com/mdc/public/page/2_3021-forex.html?mod=mdc_curr_pglnk)。

六、行政院衛生署中央健康保險局各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	10041 臺北市公園路 15 之 1 號	臺北、宜蘭、基隆、金門、連江	(02)25232388
北區業務組	32005 桃園縣中壢市中山東路 3 段 525 號	桃園、新竹、苗栗	(03)4339111
中區業務組	40709 臺中市市政北一路 66 號	台中、彰化、南投	(04)22583988
南區業務組	70006 臺南市公園路 96 號	雲林、嘉義、台南	(06)2245678
高屏業務組	80706 高雄市九如二路 157 號	高雄、屏東、澎湖	(07)3233123
東區業務組	97049 花蓮市軒轅路 36 號	花蓮、台東	(03)8332111

全民健康保險 核退申請書

□緊急傷病自墊醫療費用
□特殊情況自墊醫療費用
□全年住院部分負擔超過法定上限

※若為職業傷病，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

□國內 □國外	投保單位名稱及代號：	受理日期：	受理號碼：

保險對象

姓名：	身分證統一編號：		
出生日期	年 月 日	電話	公( ) 住( ) 手機：

就醫情形

就醫國別：(不同國別請另立申請書)		給付類別：□職業傷害□職業病□普通傷害□普通疾病□自然生產 □重大傷病（須符合全民健康保險重大傷病範圍）□國內產前檢查 □剖腹產	
診別	請詳列看診日期或住院起迄日	就醫次數	就醫院所名稱
□門診□住院□急診			
□門診□住院□急診			
□門診□住院□急診			

申請金額

□新台幣 □日幣 □歐元 □人民幣 □港幣□印尼盾 □美金 □泰幣 □其他(就醫國家)＿＿＿＿＿＿＿＿
收據總金額＿＿＿＿＿＿＿＿

自墊費用原因

	申請期限
□1.未依規定投保或繳交費用，現已繳清相關費用。(1)	欠費繳清之日起6個月內。
□2.因不可歸責於保險對象之事由，致未及於就醫日起7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(不可歸責之原因請於"自墊費用原因說明欄"敘明) (2) □3.因不可歸責於保險對象之事由，致未及於就醫日起7日內(不含例假日)向保險醫事服務機構補送免部分負擔證明。(不可歸責之原因請於"自墊費用原因說明欄"敘明) 免部分負擔或優待部分負擔類別□職災（3.1）□低收入戶（3.2）□榮民（3.3） □結核病（3.4）□重大傷病（3.5） □殘障手冊(門診基本部分負擔不分醫院層級一律50元) □其他(6)	急診、門診或出院之日起6個月內。
□4.因緊急傷病於非特約醫療院所就醫或國外(含大陸地區)就醫者，請詳述經過及原因於自墊費用原因說明"欄，另如為國外就醫者，請加註出國及就醫原因。 □5.其他。(原因請於"自墊費用原因說明欄"敘明)	急診、門診或出院之日起6個月內。
□6.保險對象全年每次入住急性病房30日內或慢性病房180日內，每年應自行負擔之住院費用，超過最近一年每人平均國民所得之10%上限金額。	次年6月底前。

自墊費用原因說明：(勾第2、3、4、5項者請詳述原因，否則不予核退)

檢附書據

國內	國外(含大陸地區)	全年住院部分負擔費用核退
□1.費用收據正本及費用明細 □2.診斷書或病歷相關資料(住院案件需附出院病歷摘要) □3.勞工保險職業傷病門診就診單或住院申請書 □4.免部分負擔或優待部分負擔證明 □職災證明□低收入戶證明□榮民證 □結核病手冊□重大傷病證明□殘障手冊 □其他	□1.費用收據正本及費用明細 □2.診斷書或病歷相關資料(住院需附詳細病歷) □3.當次出入境證明文件影本乙份(護照貼有照片及中華民國出、入境章戳) □4.未入境者，請填寫委託書 以上證明文件，如非中、英文，應檢附翻譯本。 **※大陸地區住院天數≧5 天者之費用收據正本及診斷書需經公證 驗證。(詳見背面說明)**	□費用收據正本

1.非本人申請時需填寫委託書(聲明書)。
2.國內就醫持收據影本者，應由原醫療機構加蓋印信證明與原本相符，並請出具聲明書及註明無法提出原本之原因。
國外就醫持收據影本者，若加蓋印信確有困難，請出具聲明書及註明無法提出原本之原因。
3.未成年者，請檢附戶口名簿影本及法定代理人簽章。
4.申請人死亡者，請檢附繼承死亡聲明書、死亡證明及繼承人身分證明文件。

付款方式

※指定受款人，請參閱背面一、注意事項(四)~(六)
指定受款對象□本人 □指定受款人姓名＿＿＿＿＿＿及身分證統一編號:＿＿＿＿＿＿連絡電話：＿＿＿＿＿＿
指定受款地址：□□□＿＿＿＿縣＿＿＿＿市＿＿＿＿鄉鎮市區＿＿＿＿街路＿＿段＿＿巷＿＿弄＿＿號＿＿樓
(請正確填寫通訊地址，轉帳者亦須填寫，以利本局郵寄核定通知書)
□1 轉帳：戶名＿＿＿＿＿＿銀行名稱＿＿＿＿＿＿轉帳帳號＿＿＿＿＿＿**(請附存摺封面影本)**。
(以下列15家行庫為限：郵局、中信銀、土銀、台灣企銀、合庫、安泰銀、日盛銀、彰銀、華銀、一銀、台銀、台北富邦銀、兆豐銀、高銀、玉山)。
□2 支票 **※為利 台端申請之核退醫療費用早日入帳，請多利用轉帳方式。**

***申請人如有積欠健保費或滯納金等，同意將退費金額優先償抵欠費或紓困基金貸款。**
***申請人□有□無申辦紓困基金貸款**
□保險對象 □受託人**(需填寫委託書)** □法定繼承人 □法定代理人 簽章：

(若非保險對象本人申請，請註明與之關係)

中華民國＿＿年＿＿月＿＿日