

# 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，並由投保單位向受理單位提出申請。
- (二) 本申請書請投保單位自行依式印製使用，或向健保局分局索取。
- (三) 年滿二十歲具有行為能力者，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，並附身分證及聲明書；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) 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。
- (五) 如屬重大傷病者，應附重大傷病證明影本乙份。
- (六) 指定付款地址請確實填明，以利核退款項之寄發。
- (七) 自 95 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，及中央健康保險局各分局實務作業認定有查證必要之案件，所須檢具之醫療證明文書（醫療費用收據正本、費用明細、診斷書或證明文件等），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) 合於第 2 項第 1 款至第 4 款申請要件者，請向就診醫院所在地之健保局轄區分局辦理。
- (二) 合於第 2 項第 5 款申請要件者，請向投保單位所在地之健保局轄區分局辦理。
- (三) 合於第 2 項第 6 款申請要件者，請向全年第一次就診醫院所在地之健保局轄區分局辦理。

## 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，由分局郵寄支票或以轉帳方式匯入保險對象或法定代理人帳戶。

中央健康保險局各分局地址及門診、住院費用組電話一覽表：

分局	地 址	轄 區	聯 絡 電 話
台北分局	台北市公園路 15 之 1 號	台北、宜蘭、基隆、金馬	(02)25232388
北區分局	桃園縣中壢市中山東路 3 段 525 號	桃園、新竹、苗栗	(03)4381111
中區分局	臺中市市政北一路 66 號	台中、彰化、南投	(04)22583988
南區分局	臺南市公園路 96 號	雲林、嘉義、台南	(06)2245678
高屏分局	高雄市三民區九如二路 157 號	高雄、屏東、澎湖	(07)3233123
東區分局	花蓮市軒轅路 36 號	花蓮、台東	(03)8332111

# 全民健康保險

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

# 核退申請書

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

門診 住院 國內 國外(門診、住院請分開填寫)		受理日期：		受理號碼：	
指定受款對象		本人 指定受款人：			
投保單位代號		投保單位名稱			
保險對象	姓名	保險對象	指定受款地址		
	身分證統一編號		電話		
	出生日期		公( )	住( )	手機：
門、(急)診治療當日	年 月 日	醫 療 所	名稱		
住院日期	年 月 日		住址		
出院日期	年 月 日	給付類別		<input type="checkbox"/> 1.職業傷害 <input type="checkbox"/> 2.職業病 <input type="checkbox"/> 3.普通傷害 <input type="checkbox"/> 4.普通疾病 <input type="checkbox"/> 5.產前檢查 <input type="checkbox"/> 6.自然生產 <input type="checkbox"/> 7.剖腹產 <input type="checkbox"/> 8.重大傷病	
住院日數	日				
申請金額	新台幣 日幣 歐元 人民幣 港幣 美金 泰幣 印尼盾 其他(就醫國家)			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。」	
	拾 萬 千 百 拾 元整(請大寫)				
自墊費用原因	1.未依規定投保，暫不給付期間，自墊醫療費用，現已繳清罰鍰及保險費。			申請期限	
	2.欠繳保險費，經暫行拒絕給付期間，自墊醫療費用，現已繳清保險費及滯納金。			欠費繳清之日起六個月內。	
	3.欠繳部分負擔費用，暫行拒絕給付期間，自墊醫療費用，現已繳清部分負擔費用。				
	4.因不可歸責於保險對象之事由，致未及於就醫日起七日內(不含例假日)補送保險憑證並向醫療院所申請退費(不可歸責之原因請於下欄敘明)			急診、門診或出院之日起六個月內。	
5.因不可歸責於保險對象之事由，致未及於就醫日起七日內(不含例假日)補送免部分負擔證明。(不可歸責之原因請於下欄敘明)					
6.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下欄，另如為國外就醫者，請加註出國原因。					
7.其他。(原因請於下欄敘明)					
8.保險對象全年每次入住急性病房三十日內或慢性病房一百八十日內，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百分之十上限金額。			次年六月底前。		
自墊費用原因說明：(勾第4、5、6、7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 3.住院案件檢附診斷書或出院病歷摘要 4.勞工保險職業傷病門診就診單或住院申請書 5.免部分負擔證明 6.委託書(聲明書)(非本人申請時需填寫) 7.收據影本請註明無法提出原本之原因		1.費用收據正本及費用明細 2.診斷書或病歷相關資料 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 5.收據影本請註明無法提出原本之原因 以上證明文件如非中、英文，請檢附翻譯本。 <b>大陸地區文件需經公證驗證。(詳見背面說明)</b>		1.費用收據正本 2.委託書(聲明書)(非本人申請時需填寫) 3.收據影本請註明無法提出原本之原因
付 款 方 式	1 轉帳：銀行名稱 _____ 轉帳帳號 _____，請另附存摺封面影本。(以下列17家行庫為限：郵局、中信局、中華銀、中信銀、農銀、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、交銀、高銀) 2 支票 _____ <b>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</b>				
經查保險對象在本保險單位投保屬實，特此證明 圖記或印信： 投保單位 負責人單位主管簽章：			*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 *申請人口有口無申辦紓困基金貸款 保險對象 或法定代理人簽章：		
地 址：		電 話：			
中 華 民 國 年 月 日					