

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切結書。
- (四)若為投保單位代墊醫療費用時，請保險對象以書面切結，指定付款對象為投保單位。
- (五)如屬重大傷病者，應附重大傷病證明卡影本乙份。
- (六)指定付款地址請確實填明，以利核退款項之寄發。

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，而依本法第六十九條之一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就醫者。
- (二)依本法第三十條第三項規定，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)未依本法第三十三條及第三十五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六條規定，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付擔證明者
- (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)第二條規定，保險對象有左列情形之一者：
 - 1.本保險施行區域內，因緊急傷病不克前本保險特約醫院、診所就醫，必須於附近非保險醫療機構急救者。
 - 2.本保險施行區域內，因情況緊急不克前往本保險特約醫院、診所分娩，必須於非保險醫療機構分娩，或延請合格助產士接生者。
 - 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生育，必須於當地合法機構就醫或分娩者。
- (六)依本法第三十五條第二項及其施行細則第六十四條第三項規定，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)合於第二項第一款至第四款申請要件者，請向就診醫院所在地之健保局轄區分局辦理。
- (二)合於第二項第五款申請要件者，請向投保單位所在地之健保局轄區分局辦理。
- (三)合於第二項第六款申請要件者，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，由分局以正本及支票郵寄保險對象法定代理人具領，副本副知投保單位。

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	台北市公園路十五號之一	台北、宜蘭、基隆、金馬	(○二)二五二三二三八八
北區分局	桃園縣中壢市中山東路三段五二五號	桃園、新竹、苗栗	(○三)四三八一一一一
中區分局	臺中市市政北一路66號	台中、彰化、南投	(○四)二二五八三九八八
南區分局	臺南市富北街九號	雲林、嘉義、台南	(○六)二二四五六七八
高屏分局	高雄市三民區九如二路一五七號	高雄、屏東、澎湖	(○七)三二三三一二三
東區分局	花蓮市軒轅路三十六號	花蓮、台東	(○三)八三三二一一一

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

☐ 門診 ☐ 住院 ☐ 國內 ☐ 國外(門診、住院請分開填寫)			受理日期：申請日期：		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	縣鄉鎮村路段街弄樓 市市區里街	
	身分證統一編號			電話	(公)() (住)()	
	出生日期	年 月 日				
門、(急)診治療當日		年 月 日	醫療院所	名稱		
住院日期	入院日期	年 月 日		住址		
	出院日期	年 月 日	給付類別	☐ 1. 職業傷害 ☐ 2. 職業病 ☐ 3. 普通傷害 ☐ 4. 普通疾病		
	住院日期	年 月 日		☐ 5. 產前檢查 ☐ 6. 自然生產 ☐ 7. 剖腹產 ☐ 8. 重大傷病		
申請核退金額			百 拾 萬 千 百 拾 元整(請大寫)			
自墊費用原因	事故原因： ☐ 1. 汽車交通事故(肇事者姓名：汽車牌照：保險公司：) ☐ 2. 非汽車交通事故					
	☐ 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，至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) ☐ 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。 ☐ 7. 其他。(原因請於下欄敘明)				急診、門診或出院之日起六個月內。	
☐ 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表 ☐ 2. 診斷書或證明文件 ☐ 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(切結書)		☐ 1. 費用收據正本及費用明細表 ☐ 2. 診斷書或證明文件 ☐ 3. 當次出入境證明文件影本乙份(以上證明文件如非中、英文，請檢附翻譯本) ☐ 4. 委託書(切結書)		☐ 1. 費用收據正本 ☐ 2. 委託書(切結書)	
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：			保險對象簽章： 法定代理人簽章：			
地 址：電話：						
中 華 民 國 年 月 日						
就醫疾病名稱：		科別：	疾病代碼：	收文日：		