

僑生傷病醫療保險作業要點

中華民國 103 年 1 月 10 日僑生聯字第 10205012161 號令修正發布第二點、第三點、第十五點

- 一、僑務委員會（以下簡稱本會）為維護僑生健康，使在學僑生傷病時醫療獲得保障，特訂定本要點。
- 二、本要點所稱僑生，其範圍如下：
 - （一）經海外聯合招生委員會或教育部分發有案者。
 - （二）自行回國經本會核轉各該主管教育行政機關分發入學有案者。
 - （三）經教育部核准自行招收僑生入學（含僑生專班）者。
 - （四）分發海外青年技術訓練班者。符合全民健康保險法第九條第一款規定之僑生，應依法參加全民健康保險；已來臺入學且家境清寒者，得填具申請表並檢附清寒證明文件，向就讀學校申請，經校方審查符合資格，其參加全民健康保險應自行負擔之保險費，由本會補助百分之五十。
各校應就前項申請文件詳加審查，並於完成審查程序後，按審查結果造冊函送本會備查。
中華民國一百零二年十二月三十一日前已來臺入學之僑生及第三十三期海外青年技術訓練班學生參加全民健康保險應自行負擔之保險費，由本會依一百零二年十二月三十一日修正前之規定予以補助，不適用第二項規定。
- 三、尚未符合全民健康保險法第九條第一款規定之僑生，自抵臺註冊之日起，得參加僑生傷病醫療保險（以下簡稱僑保）六個月。
前項僑保保險費由本會洽承保機構定之。保險費由本會補助百分之五十，參加僑保僑生自行負擔百分之五十。
- 四、延後註冊之僑生，仍可由就讀學校函轉承保機構補辦投保手續。
但註冊時未繳交保險費者，不得補辦投保。
參加僑保僑生，在保險有效期間內因故休學或退學者，仍享有保險之權利。
- 五、參加僑保僑生，其保險費之收取及保險有效期間，依下列規定辦理：
 - （一）僑生應自行負擔之費用，由本會協調教育部規定各級學校於每學期入學註冊費用內，加列僑生傷病醫療保險費科目

代收之。學校應於註冊完畢後十五日內傳送被保險人名單至承保機構辦理投保作業；承保機構應於收到學校傳送資料後十五日內備具領據，逕向學校辦理領款手續。

(二) 保險有效期間六個月，自註冊完成日起計算。

第二點之全民健康保險費，僑生應自行負擔費用之收取，準用前項第一款規定辦理。

- 六、承保機構應於向學校辦理領取保險費手續時，將僑生健康保險證（以下簡稱僑保證）填交學校轉發投保之僑生收執備用，僑保證內應詳載保險有效期間，逾期無效。
- 七、參加僑保僑生應將僑保證妥為保存，如有遺失，應即報告學校承辦單位，向承保機構申請補發。如有污毀或記載誤漏情事，應由學校轉交承保機構補正，不得自行塗改。
- 八、參加僑保僑生不得將僑保證轉借他人使用。如有轉借情事，承保機構得終止其保險，並沒收其僑保證，其已繳付之保險費概不退還。承保機構因此所致之損失，參加僑保僑生並應負賠償之責。
- 九、參加僑保僑生，在保險有效期間內，因傷病事故必須就醫時，可至全國各地全民健康保險特約醫療院所就診。
- 十、參加僑保僑生在保險有效期間內，因傷病保險事故接受門診治療時，門診費用先行自付，再檢附收據正本及門診就診單，以掛號郵寄或由本人親向承保機構申請理賠。
門診給付相同症狀每日以一次為限，理賠上限為新臺幣一千元（含掛號費）。
門診醫療時，診療行為須手術，經診斷書上書明「手術」字樣者，承保機構將全額理賠。
- 十一、參加僑保僑生因傷病保險事故住院期間，病床一律以三等病床為限；如無三等病床，經承保機構同意得住二等病床，俟有三等病床，即行遷往；如有自行超等住院者，其超等費用，應自行負擔。
住院期間醫療費用，僑生於繳納後，檢附收據正本及醫療診斷書，以掛號郵寄或由本人向承保機構申請理賠；同一次住院理賠金額以新臺幣十二萬元為上限。
- 十二、僑保醫療給付項目如下：

(一) 門診：

- 1、診療、處置或手術。
- 2、藥劑、注射。
- 3、治療所必需之材料及檢驗、檢查。

(二) 住院：

- 1、診療、處置或手術。
- 2、藥劑、注射。
- 3、治療所必需之材料及檢驗、檢查。
- 4、護理、三等病床及膳食之供應。

十三、參加僑保僑生因傷病事故必須就醫醫療時，皆可就診。但有下列情形者承保機構不負給付之責：

- (一) 自殺行為、酗酒、吸食違禁藥品或犯罪行為和戰爭變亂所致之傷害或疾病。
- (二) 不孕症、懷孕、流產或分娩及其所引致的併發症。
- (三) 健康檢查、視力矯正、預防注射、外科整型美容、洗牙、假牙、義肢、義眼或其他附屬之裝置。
- (四) 救護車、診斷證明書、指定醫師費、特別護士看護、陪伴費、非治療之用品費。
- (五) 紅斑性狼瘡(先天性)、血友病、多汗症、愛滋病、性病、先天性疾病、結紮手術、器官移植、投保前之傷病。
- (六) 牙科患者、單純之療養、靜養或復健者，不得給予住院治療。

十四、僑生辦理僑保之要保手續及傷病醫療規定，由本會及承保機構另定之。

十五、香港或澳門居民來臺就學學生，準用本要點之規定。

僑務委員會補助清寒僑生健保費用申請表

學校 名稱			申請日期		年	月	日
			首次來臺 入學日期		年	月	日
中文 姓名		英文 姓名				性別	
出生年 月 日		就讀 科系				年級	
僑居地		護照 號碼		居留證 號碼			
清寒證明開立單位							
審查 結果 (請勾選)		符合 補助	學 校 審核單位				
		不符合 補 助	審核人				

.....清.....寒.....證.....明.....黏.....貼.....線.....