

臺灣新北地方法院民事判決

113年度保險字第14號

原告 鄭麗雲

訴訟代理人 林淑娟律師

被告 國泰人壽保險股份有限公司

法定代理人 熊明河

訴訟代理人 李佩如

陳明緯

上列當事人間請求給付保險金事件，經本院於民國114年1月3日言詞辯論終結，判決如下：

主 文

一、被告應給付原告新臺幣伍拾玖萬伍仟伍佰伍拾元，及其中新臺幣肆拾萬貳仟零伍拾元自民國113年2月7日起，其餘新臺幣壹拾玖萬參仟伍佰元自民國113年5月8日起，均至清償日止，按年息百分之十計算之利息。

二、原告其餘之訴駁回。

三、訴訟費用由被告負擔百分之七十九，餘由原告負擔。

四、本判決第一項於原告以新臺幣壹拾玖萬玖仟元供擔保後，得假執行。但被告如以新臺幣伍拾玖萬伍仟伍佰伍拾元或同額之中央政府建設公債為原告預供擔保，得免為假執行。

五、原告其餘假執行之聲請駁回。

事實及理由

一、原告主張：

(一)原告以自己為要保人、被保險人，於民國92年10月29日向被告公司投保「達康101終身壽險主約(保單號碼0000000000)並附加「全心住院日額健康保險附約」(下稱系爭附約1)及「全意住院醫療健康保險附約」(下稱系爭附約2)。系爭附約1、系爭附約2兩份保單(下合稱系爭保險契約)之理賠內容為包含住院日額給付每天新臺幣(下同)2,000元、出院療養金為每日1,000元、日額給付型保險金為每日1,300元，

01 合計每日共計理賠4,300元。

02 (二)原告因「雙相情緒障礙症」之病情（下或稱系爭精神症
03 狀），經衛生福利部臺北醫院（下稱臺北醫院）醫師診斷有
04 住院之必要，後續於該院住院，住院期間為112年6月13日至
05 112年7月31日。後原告於112年8月1日檢附相關證明向被告
06 公司請求理賠住院醫療保險金，然被告於112年8月16日拒絕
07 理賠（原證2）。原告於112年9月4日以電話方式向財團法人
08 金融消費評議中心（下稱評議中心）提出申訴，經評議中心將
09 申訴內容轉被告處理，被告仍於112年9月25日回函原告拒絕
10 理賠（原證3），原告遂依法向評議中心提出評議申訴，請
11 求被告給付上開期間共29.5日之住院醫療保險金126,850元
12 （計算式：4,300元×29.5日＝126,850元）及利息。

13 (三)嗣後原告再檢附相關理賠資料向被告公司請求理賠原告於11
14 2年8月1日至112年12月31日共計93.5日之住院醫療保險金40
15 2,050元（計算式：4,300元×93.5日＝402,050元），被告於
16 113年2月6日拒絕理賠（原證6）。而後原告再檢附相關資料
17 向被告公司請求理賠原告於113年1月1日至113年3月15日共
18 計45日之住院醫療保險金193,500元，被告又於113年5月7日
19 函覆拒絕理賠（原證8）。

20 (四)原告基於系爭保險契約向被告申請理賠，且合於系爭保險契
21 約有關「住院」之定義，經醫生通知而辦理入住，被告竟隨
22 意以前已經理賠之病歷摘要及部分醫生准予請假之事由拒絕
23 理賠，故原告自得依系爭保險契約請求被告給付自112年6月
24 13日至113年3月15日住院期間合計168日，每日可請求之保
25 險理賠4,300元，以上保險金共計722,400元，及分別自被告
26 拒絕理賠之翌日起算之利息。

27 (五)請求權基礎：（見本院卷第154、194頁）

28 1. 依系爭附約1第11條第3、4項請求「住院日額醫療保險金」
29 （每日2,000元）。

30 2. 依系爭附約1第12條第3項請求「出院療養保險金」（「住院
31 醫療保險金日額」×1/2＝每日1,000元）。

01 3. 依系爭附約2第5條請求給付「日額給付型保險金」（每日1,
02 300元）。

03 (六)訴之聲明：（見本院卷第193頁）

04 1. 被告應給付原告126,850元，及自112年8月17日起至清償日
05 止，按年息10%計算之利息。

06 2. 被告應給付原告402,050元，及自113年2月7日起至清償日
07 止，按年息10%計算之利息。

08 3. 被告應給付原告193,500元，及自113年5月8日起至清償日
09 止，按年息10%計算之利息。

10 4. 原告願供擔保，請准宣告假執行。

11 二、被告則抗辯：

12 (一)原告於92年10月29日以自己為要、被保險人，向被告公司投
13 保達康101終身壽險主約(保單號碼0000000000；非本案爭議
14 標的)，附加全心住院日額健康保險附約(被證1；即系爭附
15 約1)，保額2,000元，及全意住院醫療健康保險附約(被證
16 2；即系爭附約2)，保額10計劃別。然原告自95年起因精神
17 疾病陸續向被告公司申請理賠，96年起前往日間病房治療，
18 再據向被告公司申領住院保險金，被告公司迄今已理賠近1,
19 272萬元(精神疾病總理賠金額1,316萬元)。嗣原告復以「雙
20 相情緒障礙症」於112年6月13日至112年7月31日、112年8月
21 1日至112年12月31日、113年1月1日至113年3月15日在臺北
22 醫院精神科日間病房接受復健治療(下稱系爭日間留院)，
23 並分別向被告公司申請理賠。惟經被告公司審查原告提供相
24 關病歷資料後(參原證4、5、7)，發現原告系爭精神症狀呈
25 慢性穩定且無急性治療之需求，可以社區復健或門診治療取
26 代，並無住院之必要，爰婉釋原告請求(參原證2、6、8)，
27 惜原告未能接受，除就112年6月13日至112年7月31日之理賠
28 申請向評議中心申請評議並經認定無住院必要外(參被證
29 3)，現又提起本訴請求被告公司給付系爭日間留院之保險金
30 126,850元、402,050元、193,500元及年息10%遲延利息。

31 (二)原告以系爭精神症狀接受日間留院治療為由申請理賠，惟依

01 醫事主管機關見解及醫療機構說明可知，日間病房係以精神
02 復健為主，性質上為「門診」治療，且基於保險為分擔危險
03 共同團體風險及最大善意、對價衡平原則之契約解釋，應認
04 「日間留院」非系爭保險契約條款所稱之「住院」始符契約
05 本旨，系爭日間留院非系爭保險契約之承保範圍，被告公司
06 無給付保險金之義務：

07 1. 按「本附約所稱『住院』，係指被保險人經醫師診斷其疾病
08 或傷害必須入住醫院，且正式辦理住院手續並確實在醫院接
09 受診療者。」、「被保險人於本附約有效期間內因第二條約
10 定之疾病或傷害而住院診療或接受手術治療時，本公司以該
11 被保險人投保的『住院醫療保險金日額』為準，依照本附約
12 的約定給付各項醫療保險金。」系爭附約1條款第2條第10
13 項、第3條定有明文，系爭附約2條款第2條第10項、第3條亦
14 有相類約定。

15 2. 「日間留院」性質上僅屬復健、門診治療，要與一般「住
16 院」治療有別：

17 (1)醫事主管機關均認定「日間住院(留院)」屬於「門診」性
18 質，而非「住院」：

19 ①按中央健康保險局(即現行中央健康保險署；下稱健保署)92
20 年8月20日健保醫字第0920013126號函揭示：「精神科日間
21 住院治療病患，性質相當於定時之門診治療」(被證4)等
22 語，可知健保署已明認精神科日間住院治療之性質僅屬「門
23 診」治療，而非「住院」。

24 ②次按行政院衛生署(即現行衛生福利部；下稱衛福部)100年1
25 2月5日衛署字第1001461226號函亦明確說明：「『全民健康
26 保險醫療統計年報』報表內容中僅門診部分含『日間留
27 院』，住院及出院部分不含『日間留院』」(被證5)，益證
28 衛福部就住/出院之統計，並不包含「日間留院」，二者性
29 質顯然有別。

30 (2)再參酌臺中榮民總醫院之精神科病房說明：「日間病房以精
31 神復健為主，引導病人參與團體治療及職能復健。」(被證

01 6)、高雄醫學大學附設中和紀念醫院之網頁資料說明：「日
02 間病房是一種開放性的精神疾病復健治療環境設施，…。學
03 員白天時間在病房接受醫藥、護理及其它專業復健治療，晚
04 上回到家中與家人生活，本院活動時間從早上9點到病房參
05 加課程，下午4點20分下課回家。」(被證7)，可見日間留院
06 應屬支持性療程/設施，醫療院所就日間病房之設計、管
07 理，並未採與一般住院病房相同標準。

08 (3)揆諸前開所述，由於一般住院治療與日間留院之性質迥然不
09 同，且對於病人之治療內容、拘束與管理程度差距甚大，有
10 權定性醫療行為之主管機關如衛福部及健保署，均將「日間
11 留院」定性為「門診」而非「住院」，實難將二者等同觀
12 之。

13 3. 無論從法令規定、契約解釋、一般人對該契約文字之合理期
14 待、醫療內容本質、保險對價平衡原則及道德危險等方面以
15 觀，「日間留院」均與「住院」不同，非屬系爭保險契約之
16 承保範圍：

17 (1)保險乃係具有對價衡平、最大善意與危險共同分擔團體等特
18 質之制度，故於解釋保險契約時，除應以合理期待作為被保
19 險人保護之界線外，尚應將危險共同團體之全體利益納入審
20 酌，方不致侵害整體保險制度，此為法院實務判決所肯
21 認。可知保險本質為共同團體危險分擔之制度，考量其具
22 有高度射倖性與道德風險之特質，在解釋保險契約時不能僅
23 從契約當事人之角度思考，而應立於整個危險共同團體之利
24 益觀點，若過於寬認保險事故之發生，將使保險金之給付過
25 於浮濫，最終將致侵害整個危險共同團體成員之利益。

26 (2)交互比對醫療法令即知，「住院」與「日間留院」核屬不同
27 性質之醫療態樣：

28 ①按「精神醫療方式包括門診、急診、全日住院、日間或夜間
29 住院、社區復健及居家治療。」舊精神衛生法第25條定有明
30 文。可見「日間或夜間住院」顯與「全日住院」核屬不同之
31 醫療態樣，始有分別條列之必要。

01 ②又全民健康保險醫療辦法既規定住院之病患晚間不得外宿，
02 足證「住院」係指必須「夜宿醫院」而言，此與系爭保險契
03 約條款之「住院」必須「入住醫院」之定義相符，而與原告
04 主張之「日間留院」不同。

05 (3)就系爭保險契約條款約定與被保險人合理期待方面觀之，系
06 爭保險契約之承保範圍，應限於「必須入住醫院治療/診
07 療」之全日「住院」事故：

08 ①按依一般社會通念，所謂住院係指病人必須行寢坐臥於醫院
09 內專屬病房與病床，暫時以醫院為家，隨時得以接受住院醫
10 師、主治醫師、護理人員等醫療團隊所提供之醫療給付。

11 ②再者，考量系爭保險契約條款係約定「經醫院診斷確定，必
12 須且經住院治療」、「經醫師診斷，必須入住醫院診療」，
13 依文義解釋及一般民眾之認知以觀，系爭保險契約所承保之
14 「住院」事故，應限於必須「入住」醫院，且「確實在醫院
15 接受診療」者，倘僅於醫院短暫停留而未過夜、「未入住」
16 醫院者，則應非屬契約承保之「住院」事故甚明。

17 (4)「對價平衡原則」為保險契約之重要原則，保險公司僅就約
18 定之保險範圍，收取相應之保險費；如保險人已排除特定風
19 險之相應保費時，即不應擴張解釋契約文義，使全體危險共
20 同團體承擔額外風險。而一般保險公司開辦醫療險商品前，
21 係以衛福部「全民健康保險醫療統計年報」之住院統計數據
22 作為精算之重要依據，用以推測預定危險發生之機率。然衛
23 福部函釋前既已認定「日間留院」係歸類於「門診」而非
24 「住院」(被證5)，可見相關住院統計資料根本未將「日間
25 留院」列入。換言之，被告公司係援引「不包含日間留院之
26 住院統計數據」精算保險費率，自始不曾向全體危險共同團
27 體收取日間留院此一風險相應之保費，則基於保險法上對價
28 平衡原則，自不應將「日間留院」解釋為系爭保險契約之
29 「住院」。

30 (5)從道德危險方面觀之，門診性質之日間留院，依保險學理，
31 實不具可保性而應自始排除於承保範圍之外：

01 ①所謂道德風險，係指「契約當事人一方行為，影響到他方義
02 務承擔之可能性」（包括故意過失、疏忽大意、恣意輕率等
03 行為），此為保險人在設計保險商品時之重要考量。亦即，
04 若某一承保範圍有高度道德風險，保險公司根本不會將其納
05 入承保範圍。

06 ②由於日間留院性質上屬於復健、門診性質，業如前述，故病
07 患是否接受日間留院處置，本可由病患自行決定，主治醫生
08 大多亦會尊重病患的自主留院意願而決定。是以，日間留院
09 根本不具偶發性，反而與病患個人主觀意願高度相關，道德
10 風險機率因此大幅提高，不具可保性。

11 ③又日間留院期間，病患得不備理由、無須經醫師評估其病
12 情，即得依其主觀之意願決定是否請假不到院，倘認日間留
13 院屬契約條款所指之住院，而屬保險公司承保之危險，不啻
14 於任由病患可憑主觀意願控制保險事故之發生，縱使原告主
15 張其入院係經醫師評估云云，然豈有可能存在一種風險事
16 故，其發生部分取決於不可預測之外力（醫師評估），其餘則
17 得由被保險人自行決定（當日是否到院）？此顯與保險法第1
18 條所稱之「不可預料或不可抗力之事故」有別。

19 4. 綜上所述，原告因「雙相情緒障礙症」於臺北醫院精神科日
20 間留院，且住院期間精神情緒大致穩定，可接受自我服藥訓
21 練，均可準時到院，又因處理自身事務多有請假、提早離院
22 之情事存在（參原證4、5、7），除顯與「入住醫院」受高度
23 拘束之情況不同外，亦無急性症狀而有須住院接受治療之必
24 要，此亦經評議中心諮詢專業醫療顧問及審酌病歷資料後審
25 認在案（參被證3），據此，實難認系爭日間留院合於系爭保
26 險契約條款所稱之「住院」而該當保險金給付要件，原告所
27 為請求難認有理由。

28 (二)再者，縱認原告系爭日間留院為系爭保險契約所稱之「住
29 院」（假設語氣，否認之），依系爭日間留院病歷資料可知
30 （參原證4、5、7），原告系爭精神症狀亦不具住院治療之必
31 要性，難認合於系爭保險契約給付保險金之條件，所為請求

01 難認有理：

- 02 1.縱認系爭日間留院屬系爭保險契約之「住院」（假設語氣，
03 否認之），系爭保險契約條款關於必須住院治療之約定，亦
04 不應僅以實際治療之醫師認定作為唯一依據，仍應以具有相
05 同專業醫師於相同情形通常會診斷具有住院治療之必要性者
06 為準，以符合保險為最大善意及最大誠信契約之契約本旨。
07 2.查由原告系爭日間留院病歷資料（參原證4、5、7）可知，
08 原告於住院期間精神情緒大致穩定，可接受自我服藥訓練，
09 且均可準時到院，又因處理自身事務常有請假、提早離院之
10 情事，復無加重或急性精神症狀，應可透過社區復健或門診
11 治療取代而無住院之必要。
12 3.此外，原告因係爭精神症狀之日間留院，亦經評議中心諮詢
13 專業醫療顧問及參酌病歷資料後審認，可改為門診治療或社
14 區復健治療即可並無住院之必要（參被證3）。

15 (三)綜上所述，系爭日間留院係偏向「療養」性質，原告於系爭
16 日間留院期間之精神症狀穩定，顯非必要以日間留院之方式
17 進行治療，得透過社區復健或門診治療取代即可，以達回歸
18 社會生活之最終目的，系爭日間留院治療顯不具住院之必要
19 性，被告公司依約自無給付保險金之義務，原告所為請求，
20 難認有理，應予駁回為是。

21 (四)答辯聲明：

- 22 1.原告之訴駁回。
23 2.如受不利判決，願以中央政府建設公債供擔保，請准宣告免
24 為假執行。

25 三、兩造不爭執事項：（見本院卷第154至155頁、第194至195
26 頁）

27 (一)原告於92年10月29日以自己為要保人、被保險人，向被告公
28 司投保「達康101終身壽險」主約(保單號碼0000000000)，
29 附加「全心住院日額健康保險附約」（被證1；即系爭附約
30 1）及「全意住院醫療健康保險附約」（被證2；即系爭附約
31 2），保額10計劃別。因原告投保日期為10月29日，故原告

01 系爭保險契約之保單年度為當年度10月29日起至次年度10月
02 28日止。

03 (二)系爭附約1第11條第3、4項約定之「住院醫療保險金日額」
04 為每日2,000元。系爭附約1第12條第3項約定之「出院療養
05 保險金」為每日1,000元。系爭附約2第5條約定之日額給付
06 型保險金，每日為1,300元。

07 (三)原告前曾檢附證明文件向被告請求理賠原告於112年6月13日
08 至112年7月31日因「雙相情緒障礙症」於臺北醫院住院之保
09 險金126,850元，經被告於112年8月16日以原證2之「理賠核
10 定結果通知書」回覆拒絕理賠。

11 (四)原告前曾檢附證明文件向被告請求理賠原告於112年8月1日
12 至112年12月31日因「雙相情緒障礙症」於臺北醫院住院之
13 保險金402,050元，經被告於113年2月6日以原證6之「理賠
14 核定結果通知書」回覆拒絕理賠。

15 (五)原告前曾檢附證明文件向被告請求理賠原告於113年1月1日
16 至113年3月15日因「雙相情緒障礙症」於臺北醫院住院之保
17 險金193,500元，經被告於113年5月7日以原證8之「理賠核
18 定結果通知書」回覆拒絕理賠。

19 四、本件爭點（見本院卷第195至196頁）：

20 (一)系爭附約1第11條第3、4項、第12條第3項約定之「住院」、
21 系爭附約2第5條約定之「住院」，是否包含「日間留院」？

22 (二)原告於112年6月13日至113年3月15日於臺北醫院住院（日間
23 留院）期間，原告有無住院（日間留院）之必要性？

24 五、本院之判斷：

25 (一)關於系爭附約1第11條第3、4項、第12條第3項約定之「住
26 院」、系爭附約2第5條約定之「住院」，是否包含「日間留
27 院」之爭點：

28 1. 按保險法第54條第2項規定：「保險契約之解釋，應探求契
29 約當事人之真意，不得拘泥於所用之文字；如有疑義時，以
30 作有利於被保險人之解釋為原則。」，於定型化之保險契
31 約，其約款係由保險人單方擬定，且保險人具有經濟上強勢

01 地位及保險專業知識，一般要保人或被保險人多無法與之抗
02 衡，不具對等之談判能力。參以保險契約為最大誠信契約，
03 蘊含誠信善意及公平交易意旨，保險人於保險交易中不得獲
04 取不公平利益，要保人、被保險人之合理期待應受保護，故
05 於保險契約之定型化約款之解釋，應依一般要保人或被保險
06 人之客觀合理了解或合理期待為之，不得拘泥囿於約款文
07 字。

- 08 2. 查系爭附約1第2條「名詞定義」約定：「本附約所稱『住
09 院』，係指被保險人經醫師診斷其疾病或傷害必須入住醫
10 院，且正式辦理住院手續並確實在醫院接受治療者。」；第
11 3條約定：「被保險人於本附約有效期間內因第二條約定之
12 疾病或傷害而住院診療或接受手術治療時，本公司以該被保
13 險人投保的『住院醫療保險金日額』為準，依照本附約的約
14 定給付各項醫療保險金。」、第11條第3、4項約定：「被保
15 險人於本附約有效期間內因精神疾病，而於醫院接受住院治
16 療者，本公司僅按被保險人投保之『住院醫療保險金日額』
17 乘以被保險人實際住院日數，給付『住院日額醫療保險金』
18 （第3項）。被保險人因精神疾病住院，同一保單年度同一
19 次住院『住院日額醫療保險金』給付之實際住院日數，最高
20 僅以九十日為限。（第4項）」、第12條第1、3項約定：

21 「被保險人於本附約有效期間內因疾病或傷害，並於醫院住
22 院後出院療養者，除住院日額醫療保險金外，本公司另按被
23 保險人投保之『住院醫療保險金日額』的二分之一乘以實際
24 住院日數，給付『出院療養保險金』。」（第1項）、「被
25 保險人因精神疾病住院，同一保單年度同一次住院『出院療
26 養保險金』給付之實際日數，最高僅以九十日為限。」（見
27 本院卷第122至123頁）。系爭附約2第2條「名詞定義」約
28 定：「本附約所稱『住院』，係指被保險人經醫師診斷其疾
29 病或傷害必須入住醫院，且正式辦理住院手續並確實在醫院
30 接受治療者。」、第5條約定：「被保險人於本附約有效期
31 間內因第三條約定而住院診療時，被保險人於同一次住院得

選擇按下列『實支實付型』或『日額給付型』之一申請保險金。……□日額給付型--住院日額保險金：本公司按該被保險人投保計劃所對應之『住院日額』乘以該被保險人實際住院日數，給付『住院日額保險金』，但被保險人同一次住院最高給付日數以三百六十五日為限。」（見本院卷第128至129頁）。是上開約定並未限制「住院」必須24小時居住於醫院或在醫院過夜，亦未明示所謂「住院」僅指「全日住院」，可見被告公司於締約時，已本於其專業判斷，將全日住院、日間及夜間住（留）院等事故風險，均納入針對系爭保險契約被保險人個人危險性及理賠水準而為危險共同分擔之保險費計收、住院保險金精算之範圍。縱被告實際上未將此日間住（留）院之情形納入精算範圍，此風險亦應由被告承擔，就保險事故之定義亦應為有利於被保險人即被原告之解釋。職是，原告若因疾病，經醫師診斷必須入住醫院診療，正式辦理住院手續，且確實在醫院接受診療，即屬於系爭保險契約所謂之「住院」，被告依約定即應給付保險金。

3. 且按96年7月4日修正前精神衛生法第25條規定：「精神醫療方式包括門診、急診、全日住院、日間或夜間住院、社區復健及居家治療。」，足見原告投保當時之上開法律規定，「全日住院」、「日間住院」及「夜間住院」均為「住院」之概念所涵蓋，與「門診」、「急診」有別。嗣後雖96年7月4日施行修正之精神衛生法第35條第1項規定：「病人之精神醫療照護，應視其病情輕重、有無傷害危險等情事，採取之方式如下：一、門診。二、急診。三、全日住院。四、日間留院。五、社區精神復健。六、居家治療。七、其他照護方式。」，將「全日住院」與「日間留院」予以區別，惟依修法理由略以：原條文第25條分款規定治療方式，列為修正後第35條第1項等語，且修正條文並未就「日間留院」為不同區別之定義，足徵精神衛生法96年7月4日施行修正之第35條第1項第4款規定之「日間留院」，意義等同該法修法前第25條所定之「日間住院」。倘被告認其保險契約所謂「住

01 院」僅限於全日住院，不包括日間住院型態，自應配合精神
02 衛生法之修正而隨同變更其定型化契約中有關「住院」之定
03 義，而於契約條款中明白揭示明文排除。況系爭保險契約所
04 約定之「住院」是否包括「日間留院」，應屬該等保險契約
05 關於保險事故範圍解釋之問題，依前開說明，自應探求契約
06 當事人之真意，不得拘泥於所用之文字，並不能直接引用上
07 開修正後之精神衛生法條文用語即加以排除。

- 08 4. 又被告提出（改制前）中央健康保險局92年8月20日健保醫
09 字第0920013126號函文固載有：「精神科日間住院治療病
10 患，性質相當於定時之門診治療，其於日間照護期間，如因
11 非精神科相關疾病需至同一院所就醫中醫時，得依本局91年
12 1月11日健保醫字第0910013519號函釋之日間住院申報規定
13 辦理，至於非精神科患者仍應依本局85年10月19日健保醫字
14 第85014956號函釋之『西醫住院可否會診中醫』規定辦理」
15 等內容（被證4；見本院卷第141頁）；以及（改制前）行政
16 院衛生署100年12月5日衛署統字第1001461226號函固載有：
17 「本署『全民健康保險醫療統計年報』報表內容僅門診部分
18 含『日間留院』，住院及出院部分不含『日間留院』。」

19 （被證5；見本院卷第143頁）。惟系爭保險契約為商業性之
20 健康保險，與屬於強制性社會保險之全民健康保險，性質上
21 並非相同。前者講求者為個人之公平，危險性高者，保險費
22 高，理賠水準高者，保險費也高，保險人之目的在於追求利
23 潤；後者講求者則為社會之公平，同樣所得者，負擔相同的
24 保險費，富有者相較於貧者，負擔較高的保險費，而在患病
25 就醫時享受相同的醫療照護，也就是個人付費的金額與享用
26 醫療的多寡無關，保險人之目的則在於社會安全。是商業性
27 之健康保險係以被保險人個人之危險性及理賠水準訂定保費
28 計收水準，社會性之健康保險則係以投保薪資定率訂立保費
29 計收水準，兩者危險分擔計算之基準實有不同。基此，被告
30 所提上開被證4、被證5之函文均係針對屬於社會性保險之全
31 民健康保險之相關保險給付、統計年報所為之說明，與本件

屬於商業性保險之系爭保險契約，本質上容有差異，自無從比附援引。且前開（改制前）中央健康保險局函文之意旨在說明：日間住院病患可會診中醫，並就該部分申報請領健保給付，非為解釋界定日間住院即為門診治療而非屬住院。究其原因為精神科「日間住院」係以團體復健治療與工作訓練為治療方式，並非以藥物治療為主，故該名病患如同時患有非精神科疾病，至中醫就醫，即無重複使用藥物醫治疾病而有浪費醫療資源之虞，故而准予核給健保給付。以「日間住（留）院」與「門診」在精神衛生法修正前後均為不同類別，且「日間住院」之時間（臺北醫院日間病房為上午8點至下午3點45分；參本院卷第199頁臺北醫院網頁資料）涵蓋一般工作全日之時間，且有專屬病床（參原證4、6、7之原告病歷摘要），與「門診」有極大不同。前開（改制前）行政院衛生署函文，僅係就行政院金融監督管理委員會保險局詢問該署「全民健康保險醫療統計年報」報表內容是否涵蓋精神衛生法所稱「日間留院」而為之回覆，且該函文所稱精神衛生法所稱「日間留院」，當係指96年7月4日修正後之精神衛生法第35條第1項第4款規定之「日間留院」。故不能執前開二函文來界定系爭保險契約所謂「住院」之定義不含「日間留院」。

5. 據上，系爭保險契約所約定之住院，應包含日間留院在內，應堪認定。

(二)關於原告於112年6月13日至113年3月15日於臺北醫院住院（日間留院）期間，原告有無住院（日間留院）之必要性之爭點：

1. 按保險制度之目的，在於避免因偶發事故所造成之經濟上不安定，透過多數經濟單位之集合方式，並以合理之計算為基礎，共釀資金，公平負擔，以分散風險，確保經濟生活之安定。為防止道德危險之發生，保險契約自須遵守最大善意原則及誠實信用原則（最高法院99年度台上字第731號判決意旨參照）。準此，系爭保險契約所謂「經醫師診斷，必須入

01 住醫院診療」，應排除實際上無住院治療必要之情形，始符
02 合契約本旨（最高法院106年度台上字第2532號裁定意旨參
03 照）。

04 2. 被告抗辯：依原告所提原證4、5、7之病歷資料顯示其於系
05 爭住院（日間留院）期間精神情緒大致穩定，可接受自我服
06 藥訓練，且均可準時到院，又因處理自身事務經常請假、提
07 早離院之情事，復無加重或急性精神症狀，可以社區復健或
08 門診治療取代，而無住院必要等語，然為原告所否認。而
09 查，原告係經臺北醫院精神科醫師評估有接受日間病房住院
10 治療之必要性，而於112年6月13日至112年12月31日於該院
11 日間病房住院接受精神復健治療，此有經該院精神科醫師蓋
12 章之112年6月12日入院申請單影本及臺北醫院113年1月2
13 日、113年3月16日診斷證明書影本各1紙在卷可稽（見本院卷
14 第29、53、69頁），可認原告確係經臺北醫院精神科醫師診
15 斷後，認定有必要於日間病房住院治療，而辦理住院手續，
16 並入住該院日間病房接受復健治療。是原告在臺北醫院日間
17 病房住院治療，並非完全繫於原告主觀意願、不須經醫師評
18 估即可辦理日間住院手續。則被告抗辯原告於上開期間，並
19 無住院（日間留院）之必要性，自應由被告就其此項所辯，
20 負舉證責任。經查：

21 (1) 依被告所提出評議中心112年評字第3250號評議書影本1份
22 （被證3；見本院卷第135至139頁），可知該評議案之申請
23 人為原告，該評議案爭點為原告於112年6月13日至112年7月
24 31日於臺北醫院日間病房接受精神復健而請求被告給付該期
25 間之保險金126,850元及利息有無理由？經評議中心諮詢該
26 中心醫療顧問專業意見略以：依據護理紀錄，原告於112年6
27 月13日至112年7月31日住院期間，情緒大致穩定，可與病友
28 互動，配合參與復健活動，可接受自我服藥訓練，在督促下
29 可以排藥，無漏藥行為，該住院期間可準時到院，但有時須
30 回他院看診，或是處理家庭事務，在中午後多有請假行為。
31 依據現有資料，原告於該住院期間，精神症狀穩定，並無住

01 院之必要性，可改為密集的門診治療或社區復健治療即可等
02 語，因而觀該案卷附資料及該中心諮詢該醫療顧問之意見，
03 認原告於該期間無住院之必要性，而作成上開評議書，認原
04 告於該案之評議申請無理由。是可證原告於112年6月13日至
05 112年7月31日期間，應無住院之必要性，則原告請求被告給
06 付其於此期間住院之保險金計126,850元及利息，依前開說
07 明，即無從准許。

08 (2)至於原告於112年8月1日至113年3月15日於臺北醫院住院

09 (日間留院)接受復健治療部分，被告未提出其他相當之證
10 據證明原告於上開期間並無住院(日間留院)治療之必要
11 性，被告此部分抗辯，即難採信。則原告依系爭附約1第11
12 條第3、4項、第12條第3項、系爭附約2第5條，請求被告給
13 付其自112年8月1日至113年3月15日住院(日間留院)之保
14 險金，即屬有據。

15 (三)職是，查系爭保險契約之保單年度係自當年度10月29日起至
16 次年10月28日止，此為兩造所是認，業如前述(見本院卷第
17 195頁)。又系爭附約1第11條第4項約定：被保險人因精神
18 疾病住院，同一保單年度同一次住院，「住院日額醫療保險
19 金」給付之實際住院日數，最高僅以90日為限。系爭附約2
20 第12條第3項約定：被保險人因精神疾病住院，同一保單年
21 度同一次住院，「出院療養保險金」給付之實際日數，最高
22 僅以90日為限(見本院卷第123頁)。而查，原告於112年8
23 月1日至112年10月28日實際於臺北醫院住院(日間留院)日
24 數並未逾90日，有原告所提出之112年8至10月之考勤卡正反
25 面影本3張可證(見本院卷第61至62頁)；112年10月29日起
26 至113年3月15日，原告實際於臺北醫院住院(日間留院)日
27 數亦未逾90日，有原告所提出之112年10至113年3月之考勤
28 卡正反面影本6張可證(見本院卷第61至64頁、第77至78
29 頁)。因此，原告依系爭附約1第11條第3、4項、第12條第3
30 項、系爭附約2第5條，請求被告給付其自112年8月1日至112
31 年12月31日住院(日間留院)之保險金計402,050元(93.5

01 日 $\times 4,300$ 元 $=402,050$ 元），以及自113年1月1日至113年3月
02 15日住院（日間留院）之保險金計193,500元（45日 $\times 4,300$
03 元 $=193,500$ 元），即均屬有據。又保險法第34項規定：

04 「保險人應於要保人或被保險人交齊證明文件後，於約定期
05 限內給付賠償金額。無約定期限者，應於接到通知後十五日
06 內給付之。保險人因可歸責於自己之事由致未在前項規定期
07 限內為給付者，應給付遲延利息年利一分。」，是原告就上
08 開保險金402,050元部分並請求自被告通知拒絕理賠（見本
09 院卷第65頁）之翌日即113年2月7日起、就上開保險金193,5
10 00元部分並請求自自被告通知拒絕理賠（見本院卷第81頁）
11 之翌日即113年5月8日起，均至清償日止，按年息百分之10
12 計算之利息，亦屬有據。

13 六、綜上所述，原告依系爭附約1第11條第3、4項、第12條第3
14 項、系爭附約2第5條，請求被告給付595,550元（402,050元
15 $+193,500$ 元 $=595,550$ 元），及其中402,050元自113年2月7
16 日起，其餘193,500元自113年5月8日起，均至清償日止，按
17 年息百分之10計算之利息，為有理由，應予准許；逾上開範
18 圍之請求，則為無理由，應予駁回。

19 七、兩造分別陳明願供擔保請准宣告假執行及免為假執行，經核
20 原告勝訴部分，於法尚無不合，爰分別酌定相當之擔保金額
21 准許之；至原告敗訴部分，因該部分之訴業經駁回，其此部
22 分假執行之聲請亦失去依據，應併駁回。

23 八、本件事證已臻明確，兩造其餘主張、陳述及所提之證據暨攻
24 擊防禦方法，經斟酌後，核與判決結果無影響，毋庸一一贅
25 列，附此敘明。

26 九、結論：本件原告之訴為一部有理由、一部無理由，依民事訴
27 訟法第79條、第390條、第392條，判決如主文。

28 中 華 民 國 114 年 2 月 24 日
29 民事第五庭 法 官 黃信樺

30 以上正本係照原本作成

31 如對本判決上訴，須於判決送達後20日內向本院提出上訴狀。如

01 委任律師提起上訴者，應一併繳納上訴審裁判費。

02 中 華 民 國 114 年 2 月 24 日

03 書記官 楊振宗