

原告 彭莉惠

訴訟代理人 施嘉鎮律師

複代理人 林佳臻律師

被告 宏泰人壽保險股份有限公司

法定代理人 李啓賢

訴訟代理人 吳孟益

訴訟代理人 吳彥明

上列當事人間請求給付保險金事件，於民國115年2月11日言詞辯論終結，本院判決如下：

主 文

被告應給付原告新臺幣伍萬零柒佰伍拾壹元，及自民國一百一十三年五月十六日起至清償日止，按年息百分之十計算之利息。

原告其餘之訴及其餘假執行之聲請均駁回。

訴訟費用由被告負擔百分之十七，餘由原告負擔。

本判決第一項得假執行；但被告如於執行標的物拍定、變賣或物之交付前，以新臺幣伍萬零柒佰伍拾壹元為原告預供擔保或將請求標的物提存，得免為假執行。

事 實 及 理 由

一、原告起訴主張：

(一) 其於民國109年9月24日以自己為要保人暨被保險人，向被告投保保單號碼為0000000000號之宏泰人壽扶佑一世失能照護終身健康保險附加宏泰人壽薰衣草醫療健康保險附約（下稱系爭附約），投保計畫別為計畫5，保險期間自同日起算1年，屆滿時經原告依系爭附約第17條約定，逐年繳納續保保險費，迄今保險契約仍有效。嗣於113年4月間，原告因多顆子宮肌瘤壓迫膀胱，造成頻尿和腹部疼痛，乃於113年4月16日前往臺安醫院就診，當日經醫師診

01 斷需住院處理，並於翌日（即17日）接受海芙刀子宮肌瘤
02 切除消融術（下稱系爭手術），而於同年月18日進行復原
03 檢查和觀察，確定無出血等副作用後出院。詎原告依系爭
04 附約向被告申請住院日額保險金、住院醫療輔助保險金、
05 住院慰問保險金、住院醫療費用保險金之理賠時，被告雖
06 稱「尚無據認定系爭事故符合系爭附約保單條款約定之
07 『住院』及『手術』定義」，無端拒絕給付上開保險金。
08 惟按「本附約之名詞定義如下：....。九、『住院』：係
09 指被保險人經醫師診斷其疾病或傷害必須入住醫院，且正
10 式辦理住院手續並確實在醫院接受診療者。但不包含全民
11 健康保險法第五十一條所稱之日間住院及精神衛生法第三
12 十五條所稱之日間留院（按111年12月14日新修正經總統
13 公布，於000年00月00日生效之精神衛生法已無日間留院
14 相關規定）。....。十一、『手術』：係指符合中央衛生
15 主管機關最新公布之全民健康保險醫療費用支付標準（按
16 最新公布之名稱為全民健康保險醫療服務給付項目及支付
17 標準，下稱系爭標準）第二部第二章第七節所列舉之手
18 術。」「被保險人於本附約有效期間內因第二條約定之疾
19 病或傷害住院診療或接受手術治療時，本公司依本附約約
20 定給付保險金。」系爭附約第第2條第9款、第11款、第4
21 條分別定有明文。原告既經醫師診斷因患有子宮肌瘤，於
22 113年4月16日至113年4月18日有入住醫院並接受系爭手術
23 之必要，且系爭手術屬於系爭標準第二部第二章第七節所
24 列舉之手術，則原告之住院及接受手術顯然符合系爭附約
25 保單條款關於「住院」及「手術」之定義，被告自應依約
26 定給付相關保險金。

27 （二）被告應依系爭附約給付原告住院及手術相關保險金共計29
28 5,137元，分述如下：

29 1 住院日額保險金7,200元：按「被保險人於本附約有效
30 期間內因第四條之約定而住院診療時，本公司按附表
31 所列其投保計畫之『住院日額』乘以實際住院日數給付

01 『住院日額保險金』。被保險人同一次住院之實際住院
02 給付日數，最高以三百六十五日為限。」系爭附約第7
03 條定有明文。本件原告之投保計畫別為計畫5，住院日
04 額為2,400元，原告住院3日，故得請求被告給付住院日
05 額保險金7,200元（計算式：2,400元×3日=7,200
06 元）。

07 2 住院醫療輔助保險金1,500元：按「被保險人於本附約
08 有效期間內因第四條之約定而住院診療時，本公司按附
09 表所列其投保計畫之『住院醫療輔助日額』乘以實際
10 住院日數給付『住院醫療輔助保險金』。被保險人同一
11 次住院之實際住院給付日數，最高以三百六十五日為
12 限。」系爭附約第8條定有明文。本件原告之投保計畫
13 別為計畫5，住院醫療輔助日額為500元，原告住院3
14 日，故得請求被告給付住院醫療輔助保險金1,500元
15 （計算式：500元×3日=1,500元）。

16 3 住院慰問保險金14,000元：按「被保險人於本附約有效
17 期間內因第四條之約定而住院診療時，本公司除依第七
18 條至第八條約定給付各項保險金外，另按附表所列其投
19 保計畫之『住院慰問金』給付『住院慰問保險金』。被
20 保險人於同一次住院期間，本公司僅給付一次『住院慰
21 問保險金』。」系爭附約第9條定有明文。本件原告之
22 投保計畫別為計畫5，被告即應給付原告一次住院慰問
23 保險金14,000元。

24 4 住院醫療費用保險金272,437元：

25 ①按「被保險人於本附約有效期間內因第四條之約定而
26 以全民健康保險之保險對象身分住院診療時，本公司
27 按被保險人住院期間內所發生，且依全民健康保險規
28 定其保險對象應自行負擔及不屬全民健康保險給付範
29 圍之下列各項費用核付。但其給付金額最高以附表所
30 列其投保計畫之『每次住院醫療費用保險金限額』為
31 限。一、超等住院之病房費差額。二、管灌飲食以外

01 之膳食費。三、特別護士以外之護理費。四、醫師診
02 察費。五、醫師指示用藥。六、血液（非緊急傷病必
03 要之輸血）。七、掛號費及證明文件。八、來往醫院
04 之救護車費。九、超過全民健康保險給付之住院醫療
05 費用。倘被保險人於住院期間之前後七日內，因同一
06 事故接受門診醫療時，該項門診醫療費用將併入住院
07 期間內之住院醫療費用保險金計算，惟每日以一次門
08 診為限。」系爭附約第10條定有明文。本件原告之投
09 保計畫別為計畫5，每次住院醫療費用保險金限額為5
10 5萬元，其於113年4月16日至113年4月18日住院期間
11 內所發生超過全民健康保險給付之住院醫療費用為27
12 2,437元，因未超過前開55萬元限額，故被告應給付
13 原告住院醫療費用保險金272,437元。

14 ②另按「據本院向衛生福利部中央健康保險屬署（下稱
15 健保署）函詢關於系爭支付標準第二部第二章第七節
16 第十三項三、陰道編號80014C、80029C、80031C之診
17 療項目中，是否包含「海芙刀子宮肌腺切除（消融）
18 手術」（即系爭手術）乙節，經健保署覆以：....。
19 而依現行支付標準總則六，各保險醫事服務機構實施
20 本標準未列項目，應就適用之類別已列款目中，按其
21 最近似之各該編號項目所定點數申報，但新療法須經
22 保險人報由中央主管機關核定後實施。所詢「海芙刀
23 子宮肌腺切除（消融）手術」，在上揭所列之醫療服
24 務項目中並無完全對應之名稱；惟若健保保險對象經
25 醫療專業判斷，其所需治療屬必要性醫療服務，院所
26 得依未列項目方式申報等語，有113年11月15日衛生
27 福利部中央健康保險屬署函覆說明附卷可考....，本
28 院認為系爭手術對於治療患有子宮體子宮內膜異位症
29 之被告而言，應屬必要性之醫療服務，而符合系爭支
30 付標準第二部第二章第七節所列舉之手術，應無疑
31 義，縱系爭手術名稱未列在系爭支付標準之項目中，

01 然秀傳醫院既就如病房費、護理費、檢驗費等項請健
02 保給付，可見該手術仍符合系爭支付標準所列舉之手
03 術範疇（臺灣臺北地方法院113年度保險字第17號民
04 事判決要旨參照）。又按「被保險人於本附約有效期
05 間內因第四條之約定而以全民健康保險之保險對象身
06 分住院或門診接受診療後，經第二條約定之醫院及其
07 醫師所要求之醫療行為時，本公司按被保險人住院或
08 門診期間內所發生，且依全民健康保險規定其保險對
09 象應自行負擔及不屬全民健康保險給付範圍之手術費
10 及手術相關醫療費用核付『手術費用保險金』，但以
11 不超過附表所列其投保計畫之『每次手術費用保險金
12 限額』為限。被保險人同一住院期間或門診接受兩項
13 以上手術時，其各項手術費用保險金應分別計算且各
14 項『手術費用保險金』不超過附表所列其投保計畫之
15 『每次手術費用保險金限額』。但同一手術中於同一
16 手術位置接受兩項器官以上手術時，各項『手術費用
17 保險金』合併計算，且不超過附表列其投保計畫之
18 『每次手術費用保險金限額』。」系爭附約第11條定
19 有明文。本件自前開另案健保署之函覆可知，系爭手
20 術如經醫療專業判斷屬必要性醫療服務，即符合系爭
21 標準所列舉之手術範疇。本件原告接受系爭手術，業
22 經醫療專業判斷，認屬必要性醫療服務，並經臺安醫
23 院就病房費、護理費、檢驗費等各該項目申請健保給
24 付，可見該該手術符合系爭標準所列舉之手術範疇。
25 而原告支付之手術費及手術相關醫療費用並未超過所
26 投保計畫別計畫5之每次手術費用保險金限額35萬
27 元，是原告追加依系爭附約第11條規定，請求被告給
28 付接受系爭手術之手術費及手術相關醫療費用272,43
29 7元，亦屬有據，請鈞院就系爭附約第10條、第11條
30 約定，擇一為有利於原告之認定。

31 (三) 再按「要保人、被保險人或受益人應於知悉本公司應負

01 保險責任之事故後十日內通知本公司，並於通知後儘速
02 檢具所需文件向本公司申請給付保險金。本公司應於收
03 齊前項文件後十五日內給付之。但因可歸責於本公司之
04 事由致未在前述約定期限內為給付者，應按年利一分加
05 計利息給付。」系爭附約第22條定有明文。本件原告係
06 於113年4月29日送件向被告申請本件相關保險金之理
07 賠，被告本應於收齊文件後15日內給付保險金，然被告
08 拒絕理賠，具有可歸責之事由，是被告應給付原告自11
09 3年5月14日起，按年息10%計算之遲延利息。

10 二、被告則求為判決駁回原告之訴及陳明如受不利判決，願供擔
11 保請准宣告免為假執行，並辯稱：

12 (一)原告於本件接受之「系爭手術」，依一般醫療常規「並無
13 住院之必要」，與系爭附約第2條第9款規定「住院」之定
14 義不符，被告自無依同附約第7至10條規定給付原告相關
15 保險金之責：

16 1 系爭附約第2條第9款關於住院之認定，應限於具有相同
17 專業之醫師，於相同情形，通常會診斷具有住院之必要
18 性者，始足當之：

19 ①按「『住院』：係指被保險人經醫師診斷其疾病或傷
20 害必須入住醫院，且正式辦理住院手續並確實在醫院
21 接受診斷其疾病或傷害必須入住醫院，且正式辦理住
22 院手續並確實在醫院接受診療者。但不包含全民健康
23 保險法第五十一條所稱之日間住院及精神衛生法第三
24 十五條所稱之日間留院。」系爭附約第2條第9款定有
25 明文。而此所謂「經醫師診斷其疾病或傷害必須入住
26 醫院」，應依相同專業醫師，於一般客觀情形上，就
27 相同情形為診斷，認為有住院必要性者始屬之，並非
28 以個別醫師之診斷為據，俾免個別醫師之判斷囿於人
29 情，或流於主觀及恣意，以符合保險契約乃最大善意
30 及誠信契約之本質，及公平原則之適用（臺灣高等法
31 院112年度保險上易字第2號判決要旨參照）。復按

01 上訴人雖主張系爭保險契約並無事後須接受客觀第三
02 者專業審查判斷始給付保險金之約定，伊既經診治之
03 醫師診斷日間留院，自應尊重主治醫師就住院必要性
04 之判斷云云。惟保險制度最大功能在於將個人於生活
05 中遭遇各種人身危險、財產危險，及對他人之責任危
06 險等所產生之損失，分攤消化於共同團體，是任何一
07 個保險皆以一共同團體之存在為先決條件，此團體乃
08 由各個因某種危險事故發生而將遭受損失之人所組
09 成，故基於保險是一共同團體之概念，面對保險契約
10 所生權利糾葛時，應立於整個危險共同團體之利益觀
11 點，不能僅從契約當事人之角度思考，若過於寬認保
12 險事故之發生，將使保險金之給付過於浮濫，最終將
13 致侵害整個危險共同團體成員之利益，有違保險制度
14 之本旨。保險契約為有利於被保險人之解釋，係為免
15 保險人變相限縮保險範圍以逃避所應負之契約責任，
16 而獲取不當之保險費利益，致喪失保險應有之功能，
17 及影響保險市場之正常發展。然為防止道德危險之發
18 生，保險契約仍須遵守最大善意原則及誠信原則。準
19 此，系爭保險契約約定之「住院」，固應尊重實際診
20 治醫師就住院必要性之認定，惟其認定仍須符合一般
21 醫療常規，即以具有相同專業醫師於相同情形通常會
22 診斷具有住院之必要性者，始符合保險為最大善意及
23 最大誠信契約之契約本旨。上訴人是項主張，為不足
24 採（臺灣高等法院111年度保險上易字第22號判決要
25 旨參照）。再按實際治療之醫師認定「有住院必要」
26 固應尊重，但仍須符合醫理，不得違背經驗法則或論
27 理法則，以符合保險為最大善意及最大誠信契約之契
28 約本旨。準此，前揭保險契約條款關於「經醫師診斷
29 有住院之必要性」之意義，解釋上自不應僅以實際治
30 療之醫師認為「有住院必要性」，即認符合前揭系爭
31 保險契約條款之約定，而應以具有相同專業醫師於相

01 同情形通常會診斷具有住院之必要性者，方得認為相
02 符，非專以被保險人與其主治醫師之主觀認定為據
03 （臺灣高等法院110年度保險上易字第10號判決要旨
04 參照）。

05 ②準此，解釋保險契約條款時，須遵守最大善意原則及
06 誠信原則，且應立於整個危險共同團體之利益觀點，
07 不能僅從契約當事人之角度思考，則就系爭附約第2
08 條第9款關於住院之認定，解釋上不應僅以實際治療
09 之醫師認為有住院必要性，即認符合上開條款之約
10 定，而應以具有相同專業醫師於相同情形通常會診斷
11 具有住院之必要性者，始應認符合上開條款約定之
12 「住院」，以符合保險為最大善意及最大誠信契約之
13 契約本旨，倘依一般醫療常規，並無住院之必要性，
14 縱有住院之事實，被告亦不負給付住院相關保險金之
15 責任。

16 ③觀諸臺安醫院官網關於海芙刀無創手術之記載為：
17 「海芙無創手術是一種超音波聚焦技術原理，是以超
18 音波作為能量源，利用其較好的方向控制性、組織穿
19 透性和可聚焦性等物理特徵，在超音波的實時監控
20 下，精確定位至病灶，並將其體外低能量超音波投射
21 到體內，聚焦病灶處形成聚焦點。通過超音波和熱能
22 轉化，在短時間內形成一個高溫治療點，通過計算機
23 可視操控，使焦點區的瘤體組織在熱凝固過程中逐
24 點、逐線、逐面、逐層的脫水、凝固、萎縮、壞死，
25 最後被身體正常組織吸收，達到治癒的目的。」可知
26 海芙刀手術係以超音波聚焦技術為基礎之治療方式。
27 復觀諸本件手術紀錄單記載：「total sonication t
28 ime:990s」，可知原告於本件接受系爭手術時，實際
29 超音波處理時間僅為990秒即16分30秒，應由門診施
30 行即可，並無住院之必要。再依本件護理紀錄單之記
31 載，可知原告自113年4月16日起至同年月18日止，在

01 臺安醫院住院期間，並無接受任何需住院之醫療處置
02 （見被證4第2至5頁），在在可證原告接受系爭手術
03 治療並無住院之必要。又原告向被告申訴，經被告拒
04 賠決定後，原告不服乃向財團法人金融消費評議中心
05 （下稱評議中心）申請評議，該中心作成之113年評
06 字第3401號評議書就本件爭議已明確表示：「....經
07 檢附兩造所提供資料，諮詢本中心專業醫療顧問，其
08 意見略以：依一般醫理，HIFU (High Intensity Foc
09 us Ultrasound)可視為一種醫療處置，但非手術。基
10 督復臨安息日會醫療財團法人臺安醫院於113年4月18
11 日開立之住院醫療費用明細收據中，亦將此項費用列
12 為處置費（自費200,000元）。又申請人接受系爭治
13 療時，並無傷口，亦無麻醉，難認有住院之必要性。
14 準此，申請人之請求，尚難認有據」（見被證2）。抑
15 有進者，評議中心於下列爭議事件中，已表明該中心
16 之專業醫療顧問均認系爭治療於門診施行即可，並無
17 住院之必要：(1)按「2、申請人主張因『子宮肌
18 瘤』，於112年9月19日至同年月21日於高雄榮民總醫
19 院（下稱榮總醫院）住院接受海芙刀治療（下稱系爭
20 治療，....（五）就前揭爭點，經諮詢本中心醫療
21 顧問專業意見，略以：1、依卷附資料，申請人因
22 『子宮肌瘤』，於112年9月19日至同年月21日於榮總
23 醫院住院接受系爭治療，依照醫療常規，系爭治療多
24 由門診施行，且術後當天即可正當活動，並無住院必
25 要性。2、系爭治療為子宮肌瘤之選擇性自費醫療，
26 亦不符合中央衛生主管機關最新公布適用之全民健康
27 保險醫療費用支付標準第二部第二章第七節所載之手
28 術項目。」評議中心113年評字第1240號評議書參
29 照。(2)次按「2、申請人因『N800—子宮體之子宮內
30 膜異位症』於111年4月19日至20日赴秀傳醫院住院
31 （下稱系爭住院），並接受『海芙刀子宮肌腺症切除

01 (消融)手術』治癒(下稱系爭治療)。....(三)
02 本件兩造就系爭治療是否為手術及系爭住院是否有住
03 院必要性各執一詞，爰就此爭點，經諮詢本中心專業
04 醫療顧問，其意見略以：系爭海芙刀係為透過高強度
05 聚焦超音波治療儀，以非侵入性(免開刀)無創治療
06 子宮肌瘤與子宮肌腺症。因該項治療當規由門診施行
07 即可，而依現存病歷實料所列症狀，亦無住院之必
08 要。依現有病歷資料，申請人所接受之系爭治療(海
09 芙刀)亦非健保手術章所列舉之手術項目。(四)本
10 中心為求慎重，復諮詢另一專業醫療顧問，其意見略
11 以：根據秀傳醫院的手術紀錄及護理紀錄，申請人於
12 子宮肌腺症於111年4月19日住院接受海芙刀治療，並
13 於111年4月20日出院。治療時間從上午9時20分至下
14 午2時40分，治療後臥床休息至隔天中午出院。由於
15 護理紀錄中申請人於臥床期間並無任何積極之醫療處
16 置，應無住院之必要。系爭治療並不屬於健保手術章
17 節所列舉之手術。」評議中心112年評字第1746號評
18 議書參照。

19 2承上可知，依系爭手術之原理、處理時間及原告住院期
20 間接受之醫療處置，應認原告於本件接受之系爭手術，
21 依一般醫療常規並無住院之必要。質言之，原告主張其
22 住院接受系爭手術，係經醫師專業判斷等語，顯與一般
23 醫療常規相悖，亦即具有相同專業之醫師，於以系爭手
24 術治療病患時，通當會診斷不具住院之必要性，與系爭
25 附約第2條第9款「住院」之定義不符，被告自無依系爭
26 附約第7至10條給付原告相關保險金之責。

27 (二)原告於本件接受系爭手術之性質名為手術，然並非系爭標
28 準第二部第二章第七節所列舉之手術，與系爭附約第2條
29 第11款「手術」之定義不符，被告自無依系爭附約第7至1
30 1條給付原告相關保險金之責：

31 1 本件原告所提之臺安醫院住院醫療費用明細收據(見原

01 證3、被證5) 固於「處置費」自費欄記載：「200,00
02 0」，而未記載「手術費」之項目及金額，惟該醫院就
03 此治療係出具「RECORD OF OPERATION」即手術紀錄
04 單，復觀諸本件護理紀錄單於「2024/04/17 11:32」欄
05 記載：「班內無焦慮主訴，手術中，續觀察。」「202
06 4/04/17 15:24」欄記載：「...執行海芙刀手術中，
07 未返室，續觀。」等語，且依原告出院病歷摘要記載：
08 「(19)手術方法及日期」及「(20)手術所見」等情
09 (見被證4)，顯見原告於本件接受系爭手術之性質名
10 為「手術」無訛。

11 2 被保險人因疾病住院接受手術治療，依系爭附約第7至1
12 0條約定向保險公司請求給付保險金，須以該手術為系
13 爭標準第二部第二章第七節所列舉之手術為要件：

14 ①按「(-)依系爭附約第2條第6、7項約定，所謂「住
15 院」係指被保險人經醫師診斷其疾病或傷害必須入住
16 醫院，且正式辦理住院手續並確實在醫院接受診療
17 者。但不包含全民健康保險法第51條所稱之日間住院
18 及精神衛生法第35條所稱之日間留院。所謂「手術」
19 係指符合保險事故當時中央衛生主管機關公布適用之
20 全民健康保險醫療費用支付標準(下稱全民健保支付
21 標準)第二部第二章第七節所列舉之手術，不包括該
22 支付標準其他部、章或節內列舉者(見本院卷第27
23 頁)。系爭附約第4條則約定被保險人於本附約有效
24 期間內因第2條約定之疾病或傷害住院診療或接受手
25 術治療時，本公司按事故發生時之投保計劃別，依照
26 本附約約定給付保險金(見本院卷第27頁)。而系爭
27 附約第8至12條約定之住院日額保險金、住院醫療輔
28 助保險金、住院慰問金、住院醫療費用保險金及手術
29 費用保險金，則均以被保險人因第4條之約定而住院
30 診療作為給付要件(見本院卷第28至29頁)，準此，
31 系爭附約之被保險人因接受手術住院請求給付系爭附

01 約第8至12條約定之保險金，即須以該手術係屬全民
02 健保支付標準第二部第二章第七節所列舉之手術為要件，應堪認定。....(三)承上，系爭手術既非全民健保
03 支付標準第二部第二章第七節所列手術，原告因接受
04 系爭手術住院，即與系爭附約第2條第6、7項定義之
05 『住院』、『手術』有別，非屬因系爭附約第2條約
06 定之疾病或傷害住院診療或接受手術治療，而不具系
07 爭附約第4條約定得給付保險金之條件，自非依系爭
08 附約第4條之約定而住院診療，即無從給付系爭附約
09 第8至12條約定之住院日額保險金、住院醫療輔助保
10 險金、住院慰問金、住院醫療費用保險金及手術費用
11 保險金。原告猶執前詞請求被告給付系爭附約第8至1
12 2條約定之各項保險金，即屬無據。」（臺灣高雄地
13 方法院112年度雄保險簡字第6號判決要旨參照）次按
14 「本附約之名詞定義如下：....十一、『手術』：係
15 指符合中央衛生主管機關最新公布之全民健康保險醫
16 療費用支付標準第二部第二章第七節所列舉之手
17 術。」「被保險人於本附約有效期間內因第二條約定
18 之疾病或傷害住院診療或接受手術治療時，本公司依
19 本附約約定給付保險金。」系爭附約第2條第11款及
20 第4條分別定有明文。復按「被保險人於本附約有效
21 期間內因第四條之約定而住院診療時，本公司按附表
22 所列其投保計畫之『住院日額』乘以實際住院日數給
23 付『住院日額保險金』。」「被保險人於本附約有效
24 期間內因第四條之約定而住院診療時，本公司按附表
25 所列其投保計畫之『住院醫療輔助日額』乘以實際住
26 院日數給付『住院醫療輔助保險金』。」「被保險人
27 於本附約有效期間內因第四條之約定而住院診療時，
28 本公司除依第七條至第八條約定給付各項保險金外，
29 另按附表所列其投保計畫之『住院慰問金』給付『住
30 院慰問保險金』。」「被保險人於本附約有效期間內
31

01 因第四條之約定而以全民健康保險之保險對象身分住
02 院診療時，本公司按被保險人住院期間內所發生，且
03 依全民健康保險規定其保險對象應自行負擔及不屬全
04 民健康保險給付範圍之下列各項費用核付。但其給付
05 金額最高以附表所列其投保計畫之『每次住院醫療費
06 用保險金限額』為限。」系爭附約第7條第1項、第8
07 條第1項、第9條第1項及第10條第1項分別定有明文。

08 ②準此，系爭附約第7至10條均以符合系爭附約第4條為
09 前提，又系爭附約第4條之手術須符合系爭附約第2條
10 第11款之定義，則被保險人因疾病住院接受手術治
11 療，依系爭附約第7至10條約定向保險公司請求給付
12 住院日額保險金、住院醫療輔助保險金、住院慰問保
13 險金及住院醫療費用保險金有無理由，應視該手術是
14 否為系爭標準第二部第二章第七節所列舉之手術。

15 3 原告於本件接受之系爭手術並非系爭標準第二部第二章
16 第七節所列舉之手術：

17 ①查評議中心就「海芙刀」是否為「系爭標準第2部第2
18 章第7節所列舉之手術」，多次諮詢該中心之專業醫
19 療顧問後，認海芙刀並非上開標準所列舉之手術：

20 (1)按「2、申請人主張因『子宮肌瘤』，於112年9月
21 19日至同年月21日於高雄榮民總醫院（下稱榮總醫
22 院）住院接受海芙刀治療（下稱系爭治療）....

23 （四）本件申請人因系爭治療向相對人申請理賠案關
24 保險金，惟相對人以前詞置辯，從而，本件爭點為：
25 系爭治療是否符合全民健康保險醫療費用支付標準第
26 二部第二章第七節所載之手術項目？申請人之住院有
27 無必要性？（五）就前揭爭點，經諮詢本中心醫療顧
28 問專業意見，略以：....2、系爭治療為子宮肌瘤之
29 選擇性自費醫療，亦不符合中央衛生主管機關最新公
30 布適用之全民健康保險醫療費用支付標準第二部第二
31 章第七節所載之手術項目。」評議中心113年評字第1

01 240號評議書參照。(2)次按「(四)就前揭爭點，經
02 諮詢本中心專業醫療顧問，其意見略以：1.海芙刀並
03 非常規所稱之手術刀，而是利用高強度之超音波儀器
04 來消融子宮肌腺症，一般可視為一種『醫療之處置行
05 為』，應不屬於全民健康保險醫療費用支付標準第二
06 部第二章第七節所舉之手術。」評議中心113年評字
07 第184號評議書參照。(3)復按「(三)本件兩造就系
08 爭治療是否為手術及系爭住院是否有住院必要性各執
09 一詞，爰就此爭點，經諮詢本中心專業醫療顧問，其
10 意見略以：系爭海芙刀係為透過高強度聚焦超音波治
11 療儀，以非侵入性(免開刀)無創治療子宮肌瘤與子
12 宮肌腺症。因該項治療常規由門診施行即可，而依現
13 有病歷資料所列症狀，亦無住院之必要。而依現有病
14 歷資料，申請人所接受之系爭治療(海芙刀亦非健保
15 手術章所列舉之手術項目。」評議中心112年評字第1
16 746號評議書參照。

17 ②承上可知，原告於本件接受之系爭手術並非支付標準
18 第二部第二章第七節所列舉之手術。

19 4 質言之，原告於本件接受系爭手術之性質名為手術，然
20 並非系爭標準第二部第二章第七節所列舉之手術，核與
21 系爭附約第2條第11款「手術」之定義不符，自不符合
22 系爭附約第4條規定「住院診療或接受手術治療」之要
23 件，故原告依系爭附約第7條至11條請求被告給付相關
24 保險金295,137元，為無理由，應予駁回。

25 (三)縱認原告本件之請求為有理由(按假設語，非自認)，原
26 告得請求之金額應只為50,731元：

27 1 住院日額保險金：依系爭附約第7條約定，被告應給付
28 之住院日額保險金為7,200元(計算式：每日2,400元×3
29 日=7,200元)。

30 2 住院醫療輔助保險金：依系爭附約第8條約定，被告應
31 給付之住院醫療輔助保險金為1,500元(計算式：每日5

01 00元×3日=1,500元)。

02 3 住院慰問保險金：依系爭附約第9條約定，被告應給付
03 一次之住院慰問保險金為14,000元。

04 4 住院醫療費用保險金：依系爭附約第10條約定，被告應
05 給付之住院醫療費用保險金為28,031元：①排除海芙刀
06 手術費用20萬元；②排除「SonoVue Inj 60.7mg」費用
07 8,000元；③排除「Female Pelvis MRI (Gd-DTAP)」
08 費用3萬元；④排除額外證書費200元，此非申請理賠所
09 必要之文件；⑤以上核算，被告依系爭附約第10條約
10 定，應給付原告之住院醫療費用保險金為28,031元（計
11 算式：原告實繳金額266,231元（非272,437元）－8,00
12 0元－3萬元－200元=28,031元）。

13 5 以上合計，原告得請求被告給付之相關保險金共只為5
14 0,731元（計算式：7,200元+1,500元+14,000元+28,
15 031元=50,731元）。

16 (四) 縱認本件原告請求被告給付之相關保險金於50,731元之範
17 圍內，為有理由，利息起算日應為113年5月18日：本件原
18 告固稱其於113年4月29日送件向被告申請本件保險金之理
19 賠，被告應於收齊文件後15日內給付保險金，而被告拒絕
20 理賠，具有可歸責之事由，是被告應給付原告自113年5月
21 14日起，按年懸10%計算之遲延利息等情。惟觀諸本件理
22 賠申請書上，被告之理賠部收件章日期為「113.5.02」，
23 顯見被告係於113年5月2日始收齊申請理賠相關文件，依
24 系爭附約第22條約定及保險法第34條規定，被告應於113
25 年5月2日後15日內即至遲應於113年5月17日給付保險金予
26 原告，是本件利息起算日應為113年5月18日。

27 三、本件原告主張其於109年9月24日以自己為要保人暨被保險
28 人，向被告投保保單號碼為0000000000號之宏泰人壽扶佑一
29 世失能照護終身健康保險附加系爭附約，投保計畫別為計畫
30 5，保險期間自同日起算1年，屆滿時經原告依系爭附約第17
31 條約定，逐年繳納續保保險費，迄今保險契約仍有效。嗣於

01 113年4月間，原告因多顆子宮肌瘤壓迫膀胱，造成頻尿和腹
02 部疼痛，乃於113年4月16日前往臺安醫院就診，當日經醫師
03 診斷需住院處理，並於翌日（即17日）接受系爭手術，而於
04 同年月18日113年4月18日進行復原檢查和觀察，確定無出血
05 等副作用後出院等事實，業其提出上開保險保險單（見原證
06 1，含首頁、保單內容一覽表、要保書、系爭附約保單條款
07 等等）、臺安醫院於113年7月3日由主治醫師蔡可欣出具之
08 診斷證明書（見原證2）等為證，並為被告所不爭執，堪信
09 為真實。

10 四、原告另主張其於113年4月29日依系爭附約向被告申請住院日
11 額保險金、住院醫療輔助保險金、住院慰問保險金、住院醫
12 療費用保險金之理賠時，雖遭被告無端拒絕給付，然原告既
13 經醫師診斷因患有子宮肌瘤，於113年4月16日至113年4月18
14 日有入住醫院並接受系爭手術之必要，且系爭手術屬於系爭
15 標準第二部第二章第七節所列舉之手術，則原告之住院及接
16 受手術顯然符合系爭附約關於「住院」及「手術」之定義，
17 被告自應依系爭附約第7條至第11條約定給付住院日額保險
18 金7,200元、住院醫療輔助保險金1,500元、住院慰問保險金
19 14,000元及住院醫療費用保險金272,437元，合計共259,137
20 元等情，則為被告所否認，並以上開情詞置辯。經查：

21 （一）按系爭附約第2條第9款明定：「住院：係指被保險人經醫
22 師診斷其疾病或傷害必須入住醫院，且正式辦理住院手續
23 並確實在醫院接受診療者。但不包含全民健康保險法第五
24 十一條所稱之日間住院及精神衛生法第三十五條所稱之日
25 間留院。」另同附約第4條復明定：「被保險人於本附約
26 有效期間內因第二條約定之疾病或傷害住院診療或接受手
27 術治療時，本公司依本附約約定給付保險金。」則依文義
28 解釋，本件原告向被告投保系爭附約之保險後，僅需經醫
29 師診斷其疾病或傷害必須入住醫院，且正式辦理住院手續
30 並確實在醫院接受診療，被告即應依本附約約定給付相關
31 保險金。又前開條款所稱「必須入住醫院」，解釋上自不

01 應僅以實際治療之醫師認為「有住院必要性」即可認符合
02 前揭第2條第9款之約定，而應以具有相同專業醫師於相同
03 情形通常會診斷具有住院之必要性者，方得認為相符。質
04 言之，亦非專以被保險人與其主治醫師之主觀認定為依
05 據。另按「被保險人於本附約有效期間內因第四條之約定
06 而住院診療時，本公司按附表（按此附表有載明投保計
07 畫別為計畫5時之各項保險金給付項目、日額、金額及限
08 額）所列其投保計畫之『住院日額』乘以實際住院日數給
09 付『住院日額保險金』。被保險人同一次住院之實際住院
10 給付日數，最高以三百六十五日為限。」「被保險人於本
11 附約有效期間內因第四條之約定而住院診療時，本公司按
12 附表所列其投保計畫之『住院醫療輔助日額』乘以實際
13 住院日數給付『住院醫療輔助保險金』。被保險人同一次
14 住院之實際住院給付日數，最高以三百六十五日為限。」
15 「被保險人於本附約有效期間內因第四條之約定而住院診
16 療時，本公司除依第七條至第八條約定給付各項保險金
17 外，另按附表所列其投保計畫之『住院慰問金』給付『住
18 院慰問保險金』。被保險人於同一次住院期間，本公司僅
19 給付一次『住院慰問保險金』。」系爭附約第7條（住院
20 日額保險金之給付）、第8條（住院醫療輔助保險金之給
21 付）、第9條（住院慰問保險金之給付）分別定有明文。
22 本件原告之投保計畫別為計畫5，則其若因相關疾病或傷
23 害住院時，被告應給付之「住院日額保險金」、「住院醫療
24 輔助療輔助保險金」，每日依序為2,400元、500元，另應
25 給付一次「住院慰問保險金」14,000元。再綜合上開全部
26 條款之約定，亦可知所謂之被保險人「必須入住醫院」、
27 「因第二條約定之疾病或傷害住院診療」，並不問被保險
28 人必須入住醫院所罹之疾病或傷害為何？縱係接受非屬於
29 系爭標準第二部第二章第七節所列舉之手術而住院，仍得
30 請求被告給付上開「住院日額保險金」、「住院醫療輔助
31 療輔助保險金」及「住院慰問保險金」，蓋相關約定條款

01 並未明文排被險保人因此種手術住院之情形。

02 (二) 本件原告主張經臺安醫院醫師診斷因患有子宮肌瘤，於11
03 3年4月16日至113年4月18日有入住該院並接受系爭手術治
04 療之必要乙節，固提出該院主治醫師蔡可欣於113年7月3
05 日出具之診斷證明書為佐證，然為被告所否認。依前開說
06 明，即不得專以原告與其主治醫師之主觀認定為依據。同
07 樣的，被告引用評議中心作成之相關評議書（含113年評
08 字第3401號、113年評字第1240號、113年評字第184號、1
09 12年評字第1746號等），辯稱原告接受系爭手術治療，無
10 住院之必要性，亦嫌流於主觀率斷。因此本院乃依職權就
11 「病患彭莉惠因相關病症於民國113年4月16日至18日前往
12 臺安醫院住院治療並接受相關手術，後經醫師診斷受有如
13 附件一診斷證明書（指原證2）所示病症，而治療及手術
14 期間醫師並作成如附件二所示病歷，請貴醫院參酌上開診
15 斷證明書及病歷資料，鑑定該病患因前開病名（見上開診
16 斷證明書所載）就醫是否確有接受『住院診療』之必要？
17 及判斷依據為何？又臺安醫院醫師判斷原告因前開病症有
18 接受『住院診療』之必要，其判斷有無違反醫療常規？」
19 等事項，囑託臺大醫院鑑定，結果覆稱：「....病人（指
20 原告）於113年4月5日之陰道超音波報告顯示，其子宮已
21 達9.2*14*10.1公分，且有局部壓迫（包括壓迫膀胱導致
22 頻尿及腰痠腰痛等症狀）及經血過多症狀，病人確有接受
23 住院診療之必要。此判斷依據為113年1月23日之骨盆腔MR
24 I（核磁共振）報告及113年4月16日入院時MRI報告，皆為
25 多發性肌瘤且最大者於113年4月16日達11.8*8.2*8公分。
26 臺安醫院醫師判斷病人因上述病症有接受住院診療之必
27 要，其判斷並無違反醫療常規。」等情，此有臺大醫院11
28 4年7月15日校附醫秘字第1140902971 號函暨所附回復意
29 見表在卷可稽。足見上開鑑定意見非只針對原告於臺安醫
30 院是否因接受系手術而判斷其有無住院治療之必要性，而
31 係綜合原告在臺安醫院於113年1月23日之骨盆腔MRI（核

01 磁共振)報告、於113年4月5日之陰道超音波報告及於113
02 年4月16日入院時之MRI報告，認定原告因壓迫膀胱導致頻
03 尿、腰痠腰痛、經血過多及多發性肌瘤等病症，而有「住
04 院診療」之必要，故此一鑑結論符合具有相同專業醫師於
05 相同情形通常所為之診斷，應較可採信，則原告於臺安醫
06 院住院診療3日(113年4月16日至18日)後，即得分別依
07 系爭附約第7、8條約定，請求被告給付「住院日額保險
08 金」計7,200元(計算式：2,400元×3日=7,200元)、
09 「住院醫療輔助療輔助保險金」1,500元(計算式：500元
10 ×3日=1,500元)，另依系爭附約第9條約定，請求被告給
11 付一次「住院慰問保險金」14,000元。

12 (三)另按「手術：係指符合中央衛生主管機關最新公布之全民
13 健康保險醫療費用支付標準(按最新公布之名稱為全民健
14 康保險醫療服務給付項目及支付標準)第二部第二章第七
15 節所列舉之手術。」系爭附約第2條第11款定有明文；又
16 「被保險人於本附約有效期間內因第四條之約定而以全民
17 健康保險之保險對象身分住院診療時，本公司按被保險人
18 住院期間內所發生，且依全民健康保險規定其保險對象應
19 自行負擔及不屬全民健康保險給付範圍之下列各項費用核
20 付。但其給付金額最高以附表所列其投保計畫之『每次住
21 院醫療費用保險金限額』為限。一、超等住院之病房費差
22 額。二、管灌飲食以外之膳食費。三、特別護士以外之護
23 理費。四、醫師診察費。五、醫師指示用藥。六、血液
24 (非緊急傷病必要之輸血)。七、掛號費及證明文件。
25 八、來往醫院之救護車費。九、超過全民健康保險給付之
26 住院醫療費用。倘被保險人於住院期間之前後七日內，因
27 同一事故接受門診醫療時，該項門診醫療費用將併入住院
28 期間內之住院醫療費用保險金計算，惟每日以一次門診為
29 限。」系爭附約第10條(住院醫療費用保險金之給付)定
30 有明文；另「被保險人於本附約有效期間內因第四條之約
31 定而以全民健康保險之保險對象身分住院或門診接受診療

01 後，經第二條約定之醫院及其醫師所要求之醫療行為時，
02 本公司按被保險人住院或門診期間內所發生，且依全民健
03 康保險規定其保險對象應自行負擔及不屬全民健康保險給
04 付範圍之手術費及手術相關醫療費用核付『手術費用保險
05 金』，但以不超過附表所列其投保計畫之『每次手術費用
06 保險金限額』為限。被保險人同一住院期間或門診接受兩
07 項以上手術時，其各項手術費用保險金應分別計算且各項
08 『手術費用保險金』不超過附表所列其投保計畫之『每次
09 手術費用保險金限額』。但同一手術中於同一手術位置接
10 受兩項器官以上手術時，各項『手術費用保險金』合併計
11 算，且不超過附表列其投保計畫之『每次手術費用保險金
12 限額』。」系爭附約第11條（手術費用保險金之給付）亦
13 定有明文。據此等約定，可知系爭附約之被保險人於因第
14 二條約定之疾病或傷害住院診療時，被告固應給付「住院
15 醫療費用保險金」，每次限額為55萬元，然被保險人於醫
16 院接受系爭標準第二部（西醫）第二章（特定診察）第七
17 節（手術）所列舉之手術時，被告始應給付「手術費用保
18 險金」，每次限額為35萬元。而觀上開附約第10條、第1
19 1條既分別約定被保險人「住院診療」、「接受手術」
20 時，被告各應付不同項目之保險金，則其給付之項目及金
21 額應非當然包含對方在內，亦即被保險人只符合「住院診
22 療」，未接受手術（當然指系爭標準所列之手術）時，只
23 得請求被告給付「住院醫療費用保險金」，不得請求被告
24 給付「手術費用保險金（含手術相關醫療費用）」，反之
25 亦然，必須被保險人因疾病或傷害同時「住院診療並接受
26 手術」，始得合併請求被告給付「住院醫療費用保險金」
27 及「手術費用保險金（含手術相關醫療費用）」。

28 （四）本件原告係主張因多顆子宮肌瘤壓迫膀胱，造成頻尿和腹
29 部疼痛，而於113年4月16日前往臺安醫院就診，當日經醫
30 師診斷需住院處理，並於翌日（即17日）接受系爭手術，
31 而於同年月18日出院等情，並請求本院擇系爭附約第10

01 條、第11條任一約定，判決被告應給付其「住院醫療費用
02 保險金」272,437元。依前開論述說明，必須被保險人因
03 上開疾病同時「住院診療並接受手術」，始得同時依前開
04 附約第10條、第11條約定為相關保險金之請求。又本院前
05 已認定原告因上述相關病症有接受住院診療之必要，則其
06 依系爭附約第10條約定，請求被告給付「住院醫療費用保
07 險金」，即屬有據；惟原告主張所接受之系爭手術屬於系
08 爭附約第2條第11款所定合於系爭標準第二部第二章第七
09 節所列舉之「手術」乙節，則為被告所否認，依民事訴訟
10 法第277條前段規定，即由原告就此有利於己之事實，負
11 舉證之責任。關於此點，原告雖提出臺灣臺北地方法院11
12 3年度保險字第17號判決為佐證，然此為個案法官所為判
13 斷，本院當然不受其拘束，何況該案之被告即為本案相同
14 之被告，已就此判決提起上訴，復此有被告所提民事聲明
15 上訴狀（見被證7）為證，則該案判決尚未確定，尚無確
16 定力及既判力。而系爭附約第2條第11款既就「手術」有
17 明確定義，依文義解釋，本應回歸原告所接受之系爭手術
18 是否屬於系爭標準第二部第二章第七節所列舉之「手術」
19 為判斷。嗣經本院詳實核對系爭標準第二部第二章第七節所
20 列舉之各項「手術」，並無一載明有所謂之「海芙刀子宮
21 肌瘤切除消融術（即系爭手術）」，尤其與系爭手術較相
22 關者即該第七節第十三項所定之「女性生殖」手術，其明
23 細亦無「海芙刀子宮肌瘤切除消融術」，則原告所接受之
24 系爭手術是否屬於系爭標準第二部第二章第七節所列舉之
25 「手術」，誠屬可疑？本院為求慎重，復就「病患彭莉惠
26 因相關病症於民國113年4月16日至18日前往臺安醫院住院
27 治療並接受『海芙刀子宮肌瘤切除消融術（下稱系爭手
28 術）』，後經醫師診斷受有如附件一診斷證明書（指原證
29 2）所示病症，而治療及手術期間醫師並作成如附件二所
30 示病歷（指本院於114年2月5日向臺安醫院函調，經該院
31 於同年2月18日以臺院醫業字第1140000134號函回覆檢送

者)。請釋明該病患所接受之系爭手術是否屬於『全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準』第二部（西醫）第二章第七節第十三項所規定之『手術』之一種？」之事項，函請健保署予以釋明，結果覆稱：「二、依據本署108年8月15日健保醫字第1080060373號函，『海扶刀』為本保險未收載之項目，如民眾係因疾病就醫，且同意自費接受該項手術，除自費之手術及其所需相關耗材外，當次其他住院費用（包括診察費、病房費、檢驗檢查費、藥費、麻醉費等），得向本署申報；三、至貴院來函所詢『海芙刀子宮肌瘤切除消融術』是否屬於『全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準』第二部（西醫）第二章第七節第十三項規定之『手術之一種』，因彭君於臺安醫院執行『海芙刀子宮肌瘤切除消融術』，屬自費手術項目，又是否屬健保診療項目涉臨床專業範疇，如醫院就個案認定得有健保給付之適用，可向本署申報醫療費用點數，始得健保給付。」等情，此有該署114年12月24日健保北字第1141088348號函在卷可佐。足見全民健康保險主管機關健保署亦認定「海扶刀」為全民健康保險「未收載」之項目，原則上屬於自費手術項目，除非經臨床專業醫師就個案認定有健保給付之適用，始得申請健保給付。又本院復依被告聲請就「病患彭莉惠於民國113年4月16日至同年月18日前往貴醫院住院及接受海芙刀子宮肌瘤切除消融術，因而支出相關醫療費用，其帳務明細如附件（指原證3）所示，請提供其住院自費項目明細表（含使用之各項材料、手術及藥品之項目名稱及金額等等）」等事項，向臺安醫院查詢，經該院於114年9月19日以臺院醫業字第1140000738號函所附之出院收費明細表，可知原告係以自費20萬元之方式接受系爭手術，從而應可確認原告之臨床專業醫師就原告所接受之系爭手術相關費用支出已認定無健保給付之適用，益證原告所接受之系爭手術非屬於系爭標準第二部第二章第七節所列舉之「手術」，則原告依系爭附約第11

01 條約定請求被告給付「手術費用保險金（含手術相關醫療
02 費用）」，非屬有據。

03 (五) 至於原告雖得依系爭附約第10條約定請求被告給付「住院
04 醫療費用保險金」，然依原告所提出由臺安醫院出具之已
05 結帳患者帳務明細（見原證3，未蓋有臺安醫院正式章
06 戳），可知包含其接受系爭手術所支出之「手術費用（含
07 手術相關醫療費用）」，此等部分非屬被告應理賠給付之
08 範圍，已如前述，應予以扣除。再者，本觀原告提出之前
09 開帳務明細，對照被告提出原告於臺安醫院住院期間之住
10 院醫療費用明細收據（見被證5，蓋有臺安醫院正式章
11 戳），可知原告實際支出金額共266,231元（即該帳務明
12 細所列自費金額265,540元及負擔金額691元之總合），非
13 如原告主張之272,437元（原告誤計入保險記帳之6,897
14 元，漏計入負擔金額691元），其中因接受系爭手術所支
15 出之直接「手術費用」為20萬元，所支出之手術相關醫療
16 費用則有2筆，1筆為「SonoVue Inj 60.7mg」（應為超音
17 波顯影劑）費用8,000元，另1筆為「Female Pelvis MRI
18 （Gd-DTAP）」（應為女性骨盆腔核磁共振）費用3萬元，
19 此觀臺安醫院上開函覆之出院收費明細表即明，而後2筆
20 費用，依被告提出之臺安醫院官網海芙刀無創手術介紹截
21 圖（見被證3），明顯屬於與系爭手術相關之醫療費用，
22 與系爭手術所支出之直接「手術費用」20萬元，均非屬被
23 告應理賠給付之範圍，均應予以扣除。又上開出院收費明
24 細表明列明2筆乙種診斷書費（各120元、180元），雖屬
25 系爭附約第10條第1項第7款所列之證明文件費用，惟其中
26 第2筆180元之支出，核屬重覆支出之費用，同非屬被告應
27 理賠給付之範圍，亦應予以扣除。經扣除後〔即扣除原告
28 不得依系爭附約第11條約定請求之手術費用（含手術相關
29 醫療費用）保險金〕，原告依系爭附約第10條約定，得請
30 被告給付之「住院醫療費用保險金」計為28,051元（計算
31 式：266,231元－20萬元－8,000元－3萬元－180元＝28,0

01 51元)。

02 (六) 綜上，可知原告依系爭附約相關約定，得請求被告給付
03 「住院日額保險金」7,200元、「住院醫療輔助療輔助保
04 險金」1,500元、「住院慰問保險金」14,000元及「住院
05 醫療費用保險金」28,051元，總計共50,751元(計算式：
06 7,200元+1,500元+14,000元+28,051元之=50,751
07 元)。

08 五、再按要保人、被保險人或受益人應於知悉本公司應負保險責
09 任之事故後十日內通知本公司，並於通知後儘速檢具所需文
10 件向本公司申請給付保險金。本公司應於收齊前項文件後十
11 五日內給付之。但因可歸責於本公司之事由致未在前述約定
12 期限內為給付者，應按年利一分加計利息給付，為系爭附約
13 第22條所明定。本件原告固主張於113年4月29日送件向被告
14 申請本件相關保險金之理賠，但被告未於收齊文件後15日內
15 給付保險金予原告，自113年5月14日已陷於給付遲延，應按
16 年息10%加計利息等情，然其所提出之理賠申請書(見原證
17 4)係經被告收件單位於113年4月30日收件，可見被告係由
18 收件單位於該日代理被告收齊所需文件，雖被告辯稱應以理
19 賠單位受理日期即113年5月2日(見被證6)作為收齊所需文
20 件之日期，然此為被告內部單位，其遲滯日期所生不利益，
21 應自行承受，則被告應於15日內即同年5月15日前給付原告
22 上開保險金，其竟未給付，具有可歸責事由，應自翌日即同
23 年5月16日起，按年利一分(即年息10%)加計利息給付原
24 告。

25 六、綜上所述，原告依系爭附約定相關約定之法律關係，請求判
26 決如主文第1項所示，為有理由，應予准許；逾此部分之請
27 求，則無理由，應予駁回。

28 七、本判決第1項原告勝訴部分，係適用簡易程序所為被告敗訴
29 之判決，爰依職權宣告假執行；另被告陳明如受不利判決，
30 願供擔保請准宣告免為假執行，核無不合，爰酌定相當之擔
31 保金額併予准許如主文第4項但書所示；至於原告敗訴部

01 分，其假執行之聲請即失所附麗，應併予駁回。

02 八、本件事證已臻明確，兩造其餘攻擊防禦方法及證據，核與判
03 決之結果不生影響，爰不一一論列，併此敘明。

04 中 華 民 國 115 年 3 月 27 日

05 法 官 趙 義 德

06 以上正本係照原本作成。

07 如不服本判決，應於送達後20日內，向本院提出上訴狀並表明上
08 訴理由，如於本判決宣示後送達前提起上訴者，應於判決送達後
09 20日內補提上訴理由書（須附繕本）。

10 中 華 民 國 115 年 3 月 27 日

11 書 記 官 張 裕 昌