臺灣臺中地方法院民事判決

111年度保險字第31號

原　　告　林秋田
訴訟代理人　朱健興律師
被　　告　南山人壽保險股份有限公司
000000000000000000
法定代理人　尹崇堯
訴訟代理人　林彤諭

上列當事人間給付住院醫療保險金等事件，本院於民國112年4月18日言詞辯論終結，判決如下：

主　　文

被告應給付原告新臺幣550,659元，及自民國111年9月3日起至清償日止，按年息10%計算之利息。

訴訟費用由被告負擔。

事實及理由

甲、程序方面：

壹、按當事人得以合意定第一審管轄法院，但以關於由一定法律關係而生之訴訟為限；前項合意，應以文書證之。被告不抗辯法院無管轄權，而為本案之言詞辯論者，以其法院為有管轄權之法院。民事訴訟法第24條、第25條分別定有明文。查本件兩造係就保險附約之住院保險理賠生有爭執，據兩造提出之附約中除有關居家療養保險金之南山人壽住院費用給付保險附約居家療養附加條款、南山住院費用給付保險附約居家療養附加條款未有管轄法院之約定外，各該保險附約就管轄法院之約定，均為：本附約涉訟時，約定以要保人住所所在地法院為管轄，但要保人之住所在中華民國境外時，則以本公司總公司所在地地方法院為管轄法院等語。（本院卷一第50、57、80、210、218、228、246、頁）。而本件要保人即原告之住所位於臺中市沙鹿區，係屬本院轄區，被告復不抗辯本院無管轄權，而為言詞辯論，是本院就本件訴訟自有管轄權，合先敘明。

貳、按訴狀送達後，原告不得將訴變更或追加他訴。但擴張或減縮應受判決事項之聲明者，不在此限。民事訴訟法第255條第1項第3款定有明文。本件原告原起訴聲明：被告應給付原告新臺幣（下同）560,000元，及自起訴狀繕本送達翌日起至清償日止，按年息10%計算之利息（本院卷一第13頁），嗣於民國111年10月28日以民事準備㈠暨聲請調查證據狀，將上開請求金額變更為「550,659元」（本院卷一第329頁），屬減縮應受判決事項之聲明，合於前開規定，應予准許。

乙、實體方面：

壹、原告主張：原告以其為要保人、被保險人，向被告於89年10月11日投保保單號碼：Z000000000之南山保本終身增額壽險，並附加南山住院醫療保險附約、南山住院費用給付保險附約，於93年4月19日投保保單號碼：Z000000000之南山不分紅平準型終身壽險，並附加南山住院費用給付保險附約、南山住院費用給付保險附約居家療養附加條款。嗣原告於104年I2月9日發生車禍，致陸續因「頸椎脊髓損傷併左側肢體麻木、創傷性椎間盤突出症術後」、「頸椎脊髓損害併四肢癱瘓、創傷性椎間盤突出術後」、「脊髓損傷」等症狀，分別於⑴109年3月I9日至109年4月15日至臺北榮民總醫院員山分院（下稱北榮員山分院）住院治療28日，⑵於109年4月30至109年5月I4日至臺北榮民總醫院蘇澳分院（下稱北榮蘇澳分院）住院治療15日，⑶於109年6月3日至109年6月30日至北榮員山分院住院治療28日，⑷於109年7月I5日至109年8月12日至長庚醫療財團法人桃園長庚紀念醫院（下稱長庚醫院）住院治療29日，共計住院4次100日（下稱系爭4次住院期間）。原告於出院後檢具相關證明向被告申請住院醫療保險金及居家療養保險金理賠，被告僅給付109年3月19日至109年3月23日、109年4月30日至109年5月4日、109年6月3日至109年6月7日、109年7月15日至109年7月I9日共計20日之住院醫療保險金及居家療養保險金及延滯利息計152,886元，

其餘均不給付，已嚴重侵害原告權益，原告乃向財團法人金融消費評議中心（下稱評議中心）申請金融消費評議，亦未獲有利之認定。惟系爭4次住院期間係原告經由醫師建議入院治療，並正式辦理住院手續，又確實在醫院接受治療，經扣除被告實際給付20日之保險理賠金後，爰依⑴保單號碼：Z000000000之南山住院醫療保險附約第13條、第15條之約定，請領每日病房費用保險金，⑵保單號碼：Z000000000之南山住院費用給付保險附約第13條、第14條及保單號碼：Z000000000之南山住院費用給付保險附約第13條、第14條之約定，請領住院日額保險金，⑶保單號碼：Z000000000之南山住院費用給付保險附約居家療養附加條款第4條之約定，請領居家療養保險金。並聲明：被告應給付原告550,659元，及自起訴狀繕本送達翌日起至清償日止，按年息10%計算之利息。

貳、被告抗辯：原告於104年12月9日因車禍陸續住院治療，向被告申請保險金，被告已依約陸續給付「意外失能保險金、各項醫療保險等保險金」計超過16,000,000元予原告，嗣原告再因系爭4次住院期間向被告申請理賠，被告就其中20日住院陸續於109年4月27日、109年6月11日、109年7月24日、109年8月27日給付原告35,000元、35,000元、35,000元、44,341元，計149,341元，原告前向評議中心申訴，經評議中心於110年5月28日以110年評字第160號評議書認定被告給付合理，原告其餘請求無理由。原告遲至111年8月間始起訴請求，請求權已罹於2年之時效而消滅，被告即無給付保險金之義務。況原告因104年12月9日車禍致頸椎脊髓損傷，經手術治療後，於104年至109年間持續於不同醫院住院復健，惟早已逾黃金復健期，臨床上類此病患，倘未合併急性症狀或頑固性疼痛而需住院周密照護者，非以住院為之，一般採居家或社區長期復健，應可採門診治療。原告係在北榮員山分院、北榮蘇澳分院、長庚醫院就診治療，基於醫病關係，已難期就診醫院有客觀公正回覆。且北榮蘇澳分院111年11月2

2日北總蘇醫字第1119906093號、111年11月24日北總蘇醫字第1110002543號函僅空言住院必要，或僅以懷疑有泌尿道感染入院，卻未明確指出相關檢查數據、每日住院治療狀況暨結果，及無法施行門診治療之原因，另稱北榮員山分院住院係因「108年12月車禍」，亦與原告104年12月9日車禍日期不符。長庚醫院固覆函原告下肢無力有住院復健之適應症，惟原告於104年已持續住院，未綜合說明與109年住院，無法採門診治療之原因。而依成功大學醫學院附設醫院（下稱成大醫院）112年3月9日成附醫秘字第1120005028號函之病情鑑定報告書（下稱成大醫院鑑定報告），可知依一般醫學常規及臨床經驗，原告非僅能住院治療，可改為門診方式治療，系爭4次住院期間並無住院必要性，且成大醫院鑑定報告之鑑定意見亦與評議中心醫學專業顧問鑑定結果認原告無住院治療之必要性，可改以門診治療相符。並聲明：原告之訴駁回。

參、本院判斷：

一、原告為保單號碼Z000000000之主約20ROPIL壽險（投保金額1,000,000元）附加之南山住院費用給付保險附約住院日額保險金（HIR每日2,000元）、南山住院醫療保險附約（HS計劃7），及依健康照護附約加保專案附加之南山人壽住院費用給付保險附約住院日額保金（HIR每日1,000元）、南山人壽住院費用給付保險附約居家療養附加條款居家療養保險金（HR每日1,000元），暨保單號碼Z000000000之主約不分紅平準型終身壽險（20PL）（投保金額10,000元）附加受益人為原告之南山住院費用給付保險附約住院日額保險金（HIR每日1,000元）、南山住院費用給付保險附約居家療養附加條款居家療養保險金（HR每日1,300元）之附約（下稱系爭附約）之要保人、被保險人暨受益人，於104年12月9日發生車禍，經系爭4次住院期間住院100日治療，於⑴109年4月27日（保單號碼Z000000000）、⑵109年6月11日（保單號碼Z000000000）、⑶109年7月23日（保單號碼Z000000000）、⑷

109年8月27日（保單號碼Z000000000）向被告申請⑴北榮員山分院109年3月19日至4月15日、⑵北榮蘇澳分院109年4月30日至5月14日、⑶北榮員山分院109年6月3日至6月30日、⑷長庚醫院109年7月15日至8月12日之系爭4次住院期間住院理賠，被告除給付20日住院保險金149,341元理賠外，其餘550,659元均未給付，原告向評議中心申請評議，經評議中心於110年5月28日以110年評字第160號評議書決定尚難為有利原告之認定等情，業據兩造提出保單號碼Z000000000保險單、人壽保要保書、南山保本終身增額壽險身故保險金、殘廢保險金、意外傷害事故致成二、三級殘廢豁免保險費、南山住院醫療保險附約、南山住院費用給付保險附約住院日額保險金、保單號碼Z000000000保險單、Z000000000滿福保專案（20PL）要保書、南山不分紅平準型終身壽險身故或喪葬費用保險金、全殘保險金、南山住院費用給付保險附約住院日額保險金、南山住院費用給付保險附約居家療養附加條款居家療養保險金、臺北榮民總醫院員山分院109年4月15日診斷證明書（員醫診字第00000000號）、醫療費用收據暨出院病歷摘要、臺北榮民總醫院蘇澳分院109年5月14日診斷證明書（蘇醫診字第00000000號）、住院醫療費用收據暨出院病歷摘要、臺北榮民總醫院員山分院診斷證明書（109年6月24日開具、119年6月30列印）暨住院醫療費用收據、長庚醫療財團法人桃園長庚紀念醫院109年8月11日診斷證明書（診字第0000000000000號）、住院費用收據暨出院病歷摘要、南山人壽給付通知書、財團法人金融消費評議中心評議申請書、財團法人金融消費評議中心110年6月3日金評議字第11007056290號書函暨110年評字160號評議書、人壽保險要保書、保單號碼Z000000000 「健康照護」附約加保專案加保確認書、南山人壽住院費用給付保險附約（樣本）住院日額保險金、南山人壽住院費用給付保險附約居家療養附加條款（樣本）居家療養保險金、南山人壽保險金申請書（含保單號碼Z000000000、Z000000000、Z000000000）、給付明細表

在卷可按（本院卷一第23至133、201至287頁），堪信為真實。原告請求被告給付未理賠之80日住院保險金550,659元及遲延利息，為被告所否認，並以前詞置辯。

二、按保險契約之解釋，應探求契約當事人之真意，不得拘泥於所用之文字；如有疑義時，以作有利於被保險人之解釋為原則。保險法第54條第2項定有明文。次按保險契約率皆為定型化契約，被保險人鮮有依其要求變更契約約定之餘地；又因社會之變遷，保險市場之競爭，各類保險推陳出新，保險人顯有能力制定有利其權益之保險契約條文，並可依其精算之結果，決定保險契約內容、承保範圍及締約對象，故於保險契約之解釋，應本諸保險之本質及機能為探求，並應注意誠信原則之適用，倘有疑義時，應為有利於被保險人之解釋，以免保險人變相限縮其保險範圍，逃避應負之契約責任，獲取不當之保險費利益，致喪失保險應有之功能，及影響保險市場之正常發展（最高法院92年度台上字第2710號判決要旨參照）。又保險契約為最大誠信契約，蘊涵誠信善意及公平交易意旨，保險人於保險交易中不得獲取不公平利益，要保人、被保險人之合理期待應受保護，故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人之合理了解或合理期待為之，不得拘泥囿於約款文字，方無違保險法理之合理期待原則（最高法院100年度台上字第2026號判決要旨參照）。

三、被告固抗辯系爭4次住院期間之住院治療應以非為原告住院治療之成大醫院鑑定報告判斷其必要性云云。惟查：

㈠系爭附約中，關於『疾病』、『傷害』、『醫院』、『醫師』、『住院』之定義，在南山住院醫療保險附約住院第2條第1、2、4、5、10項約定：「本附約所稱『疾病』係指被保家庭成員自本附約生效日或復效日起持續有效30日以後所發生之疾病，但續保不受30日的限制。本附約所稱『傷害』係指被保家庭成員於本附約有效期間內，遭受意外傷害事故，因而蒙受之傷害。本附約所稱『醫院』係指依醫療法規

定領有開業執照並設有病房收治病人之公、私立及財團法人醫院。但不包括專供休養、戒毒、戒酒、護理、養老等非以直接診治病人為目的之醫療機構。本附約所稱『醫師』係指合法領有醫師執照之執業醫師。本附約所稱『住院』係指被保家庭成員因疾病或傷害，經醫師診斷，必須入住醫院診療時，經正式辦理住院手續並確實在醫院接受診療者。」。在南山住院費用給付保險附約住院日額保險金第2條第5、6、7、8項約定：「『疾病』係指被保家庭成員自本附約生效日、復效日或加保日起持續有效30日以後所開始之疾病，但續保不受30日的限制。『傷害』係指被保家庭成員於本附約有效期間內，因遭遇外來突發的意外傷害事故，所導致之傷害。『醫院』係指依醫療法規定，領有開業執照並具有住院診療設備之公、私立醫院。但不包括專供休養、戒毒、戒酒、護理、養老等或類似之醫療機構。『醫師』係指合法領有醫師執照之執業醫師，且非被保險人本人。」，未有『住院』之定義。在南山住院費用給付保險附約居家療養附加條款居家療養保險金第1條則列舉疾病或傷害之名稱作為定義『重大傷病』，第2項並約定除特定疾病外均適用本附約第2條第5款『疾病定義』之約定，且如本附加條款係於本附約有效期間內中途申請附加者是指本附加條款生效日起持續30日以後所發生之疾病，並無『住院』之定義。在南山人壽住院費用給付保險附約（樣本）住院日額保險金第2條第1、2、4、5、6、9項約定：「本附約所稱『疾病』係指被保險人自本附約生效日或加保日起持續有效第31日開始或復效日、續保日起所發生之疾病。本附約所稱『傷害』係指被保險人於本附約有效期間內，遭受『意外傷害事故』，因而蒙受之傷害。本附約所稱『醫院』係指依照醫療法規定領有開業執照並設有病房收治病人之公、私立及財團法人醫院。本附約所稱『醫師』係指合法領有醫師執照之執業醫師。且非要保人或被保險人本人。本附約所稱『專科醫師』係指經醫師考試及格完成專科醫師訓練，並經中央衛生主管機關甄審

合格，領有專科醫師證書者，且非要保人或被保險人本人。本附約所稱『住院』係指被保險人經醫師診斷其『疾病』或『傷害』必須入住『醫院』，且正式辦理住院手續並確實在『醫院』接受診療者。」。在南山人壽住院費用給付保險附約居家療養附加條款（樣本）居家療養保險金第1條則列舉疾病或傷害之名稱作為定義『重大傷病』，第3項並約定除特定疾病外均適用本附約第2條『疾病』定義之約定，且如本附加條款係於本附約有效期間內中途申請附加者，是指本附加條款生效日起持續有效第30日開始所發生之疾病，並無『住院』之定義。（本院卷一第43、52、75至76、81至82、205至206、211至212、223至224、231至232、241至242、247至248頁）。而系爭附約未約定『住院』部分，應有真意不明而得援依保險法第54條第2項、消費者保護法第11條之規定，自應為有利於被保險人之解釋為宜，而系爭附約有約定『住院』者，僅以「經醫師診斷其『疾病』或『傷害』必須入住『醫院』，且正式辦理住院手續並確實在『醫院』接受診療者」、「因疾病或傷害，經醫師診斷，必須入住醫院診療時，經正式辦理住院手續並確實在醫院接受診療者」為要件，未載明住院治療是否需具何特定必要性，故原告有無住院之必要，應由醫師依其專業知識就病患之具體病情而為判斷，即住院必要性之判斷，權屬於原告住院時之診療醫師，且病患應施行如何之治療程序，係由醫師以病患之最大福祉為優先考量，並依其個人經驗針對個案各別狀況為判斷處置，故病患一旦經醫師評估認有住院治療之必要，若無其他積極證據足認病患與醫師對於住院治療之診斷有何醫療以外之不當意圖，或有明顯重大瑕疵存在，即應尊重診治醫師之專業判斷，則原告有無住院治療之必要性，權屬原告求診之醫師依其專業知識就病情之判斷為其依據。

㈡原告於109年3月19日至109年4月15日住院原因為車禍頸椎損傷，術後因右腰部酸、麻、痛且單無法穩定站立，故入院進一步治療；109年4月30日至109年5月14日住院原因，係因門

診懷疑泌尿道感染，而入院檢查治療；109年6月3日至109年6月30日住院原因為脊髓損傷，需做復健及雷射治療，因肢體僵硬不適宜門診治療，故入院治療；109年7月15日至109年8月12日住院原因係因經診斷為頸椎脊髓損傷、外傷性頸椎椎間盤突出及脊椎狹窄術後合併雙側下肢無力、右側下肢嚴重無力等症，確有住院復健之適應症。且系爭4次住院期間均認門診無法處理或可替代，住院屬必要之處置等情，有長庚醫療財團法人桃園長庚紀念醫院111年11月16日長庚院桃字第1111150073號函、臺北榮民總醫院蘇澳分院111年11月22日北總蘇醫字第1119906093號、111年11月24日北總蘇醫字第11100002543號函在卷可稽（本院卷一第357、375至379頁），足見原告因上開症狀，經上開醫院醫師診斷，認原告必須入住醫院治療，並經原告正式辦理住院手續及確實在上開醫院接受治療，已符合系爭附約有關『住院』之約定。

㈢再依文獻回顧，一般醫學常規及臨床經驗，傷後12~18個月為神經恢復最高峰期，而傷後2~5年仍可觀察到晚期的神經恢復，符合復健治療黃金期。有文獻顯示受傷後1~5年有5.6%完全脊髓損傷之病患會改善進步為不完全型之損傷，所以仍有少部分之病患於傷後1~5年內需要積極復健。因此，若自104年12月9日起之5年內仍有持續明顯進步，則仍可認定為復健治療之積極治療期，有國立成功大學醫學院附設醫院病情鑑定報告書在卷可按（本院卷二第31頁），足見原告於104年12月9日車禍事故後之5年內仍可為積極治療。而成大醫院鑑定報告固記載系爭4次住院期間依一般醫學常規及臨床經驗而言，非僅能住院治療，及對於慢性期脊髓損傷、神經學及功能狀態症狀固定之病患來說，針對穩定的神經學表現及功能的住院復健治療並不影響生命安全及存活問題，因此於醫療上為合理的安排，但並不具有不可取代之必要性等語（本院卷二第32頁），可知成大醫院亦肯定系爭4次住院期間住院治療為醫療上合理安排，僅表明系爭4次住院期間之住院治療方式不具有不可取代之必要性。惟系爭附約就

『住院』之約定已如前述，未有「具有不可取代之必要性」之特別約定，亦未有「經相同專業醫師，依醫學常規判斷有住院醫療必要」之條件，是原告是否符合系爭附約『住院』約定條件，應以其入住醫院診療，是否經其主治醫師診斷為個案之判斷標準，而非除經主治醫師診斷必須入住醫院診療外，尚須經其他醫師或機構檢驗該醫師之判斷是否正確。故系爭4次住院期間是否符合系爭附約約定之必須入住醫院診療？其住院期間若干？均應委由原告之進行醫療當時之醫師診斷即可，與事後經第三方即成大醫院檢驗、或評議中心諮詢專業醫療顧問是否符合一般醫學常規或其他判斷標準之住院必要性無涉。被告復未舉證證明原告與醫師對於系爭4次住院期間之住院治療診斷有何醫療以外之不當意圖，或有明顯重大瑕疵存在，被告所辯系爭4次住院期間無住院必要性云云，不足採認。

㈣系爭附約約定之保險金給付範圍，在南山住院醫療保險附約第13條約定：「被保家庭成員於本附約有效期間內因第2條約定之疾病或傷害住院診療時，本公司依本附約之約定給付保險金。」、在南山住院費用給付保險附約住院日額保險金第13條約定：「被保家庭成員於本附約有效期間內，因疾病或傷害，經醫師診斷必須住院治療，且已住院治療時，本公司依本附約之約定給付保險金。」、在南山住院費用給付保險附約居家療養附加條款居家療養保險金第4條第1項約定：「被保家庭成員於本附加條款有效期間內，因疾病或傷害經醫師診斷必須住院治療，且已住院治療時，其出院後，本公司依下列約定，給付『居家療養保險金』。」、在南山人壽住院費用給付保險附約（樣本）住院日額保險金第13條約定：「被保險人於本附約有效期間內因第二條約定之『疾病』或『傷害』『住院』診療時，本公司依本附約約定給付保險金。」、在南山人壽住院費用給付保險附約居家療養附加條款居家療養保險金第4條第1項約定：「被保險人於本附加條款有效期間內，因『疾病』或『傷害』經醫師診斷必須

『住院』診療，且已『住院』診療時，其出院後，本公司依下列約定，給付『居家療養保險金』。」，有各該系爭附約約定條款在卷可按（本院卷一第45、54、78、82、208、213、225、232、244、248頁）。原告既已證明系爭4次住院期間已符合系爭附約『住院』定義之要件，已如前述，且系爭4次住院期間之住院，均係經醫師診斷因懷疑為『疾病』、因『傷害』所致之症狀須住院診療，亦如前述，則原告依系爭附約上開約定，得請求保險金，被告自應依約給付保險金。

四、再按保險法第65條固規定由保險契約所生之權利，自得為請求之日起，經過2年不行使而消滅。惟按消滅時效因承認而中斷，民法第129條第1項第2款定有明文。經查，本件原告於⑴109年4月27日（保單號碼Z000000000）、⑵109年6月11日（保單號碼Z000000000）、⑶109年7月23日（保單號碼Z000000000）、⑷109年8月27日（保單號碼Z000000000）向被告申請⑴北榮員山分院109年3月19日至4月15日、⑵北榮蘇澳分院109年4月30日至5月14日、⑶北榮員山分院109年6月3日至6月30日、⑷長庚醫院109年7月15日至8月12日之系爭4次住院期間住院理賠，被告受理後，於⑴109年9月29日、⑵109年9月29日、⑶109年9月29日、⑷109年11月12日分別給付⑴109年3月19日至109年4月15日36,352元、⑵109年4月30日至109年5月14日35,920元、⑶109年6月3日至109年6月30日35,508元、⑷109年7月15日至109年8月12日45,106元，計計152,886元住院保險金之情，有南山人壽保險金申請書、診斷證明書、住院醫療費用收據、給付明細、南山人壽給付通知書在卷可按（本院卷一第111至117、267至279頁），而被告既未爭執原告提出之南山人壽給付通知書之真正，且與被告提出之給付明細內容相符，足見被告上開給付通知書已回覆原告理賠之申請，即已承認原告上開請求權，原告系爭附約之住院保險金請求權時效因被告上開給付通知書之承認而生中斷之結果，揆諸前開法條規定，原告之請求權時效既

因被告之承認而中斷，原告於被告承認後之111年8月17日提起本件訴訟，即無請求權已罹消滅時效之問題，被告此項抗辯，無可成立。

五、末按保險人應於要保人或被保險人交齊證明文件後，於約定期限內給付賠償金額。無約定期限者，應於接到通知後15日內給付之。保險人因可歸責於自己之事由致未在前項規定期限內為給付者，應給付遲延利息年利1分。保險法第34條第1項、第2項定有明文。本件原告於⑴109年4月27日（保單號碼Z000000000）、⑵109年6月11日（保單號碼Z000000000）、⑶109年7月23日（保單號碼Z000000000）、⑷109年8月27日（保單號碼Z000000000）向被告申請系爭附約之住院保險金理賠，被告於⑴109年4月27日（保單號碼Z000000000）、⑵109年6月11日（保單號碼Z000000000）、⑶109年7月24日（保單號碼Z000000000）、⑷109年8月27日（保單號碼Z000000000）收受後僅理賠其中20日，其餘80日拒絕理賠，堪認原告主張被告因可歸責於自己之事由，致未在約定期限內給付意外殘廢保險金，則原告依上開規定，請求自起訴狀繕本送達翌日起至清償日止，按週年利率10%計算之利息，亦有所據。

六、綜上所述，原告於系爭4次住院期間住院治療共100日，合乎系爭附約所定義『住院』之要件，已如前述，被告對系爭4次住院期間保金差額為550,659元並不爭執，並提出給付明細表在卷可按（本院卷一第279頁）。從而，原告依系爭附約之法律關係，請求原告給付未付之系爭4次住院期間之保險金550,659元，及自起訴狀繕本送達翌日即111年9月3日起至清償日止（送達證書附於本院卷一第165頁），按年息10%計算利息，為有理由，應予准許。

七、本件事證已臻明確，兩造其餘攻擊防禦及舉證，與判決結果不生影響，爰不另一一論述。

肆、結論：原告之訴為有理由，依民事訴訟法第78條，判決如主文。

中　　華　　民　　國　　112　　年　　5　　月　　9　　日

民事第五庭　　法　官　林秀菊

正本係照原本作成。

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。如委任律師提起上訴者，應一併繳納上訴審裁判費。

中　　華　　民　　國　　112　　年　　5　　月　　9　　日

書記官　黃鴻鑑