臺灣臺北地方法院民事判決

108年度保險字第22號

原　　告　于群福
訴訟代理人　張敏雄律師
被　　告　台灣人壽保險股份有限公司
000000000000000000
法定代理人　黃思國
訴訟代理人　蔡耀瑩
　　陳世偉
　　李永堃

上列當事人間給付保險金事件，本院於民國110年10月27日言詞辯論終結，判決如下：

主　　文

原告之訴及假執行聲請均駁回。

訴訟費用由原告負擔。

事實及理由

甲、程序部分：

一、按訴狀送達後，原告不得將原訴變更或追加他訴。但請求基礎事實同一、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2款、第3款定有明文。查原告起訴狀所載應受判決事項之聲明第一項原為「被告應給付原告新台幣（下同）1,071,911元，及其中701,363元自107年8月9日起，其中140,365元自107年7月20日起，其中122,526元自106年9月28日起，其中107,657元自107年11月22日起，均至清償日止按週年利率10%計算之利息。」（卷1第11頁），嗣於民國108年8月28日以民事變更聲明狀變更為「被告應給付原告1,071,911元，及其中701,363元自107年8月15日起，其中140,365元自107年7月29日起，其中122,526自107年10月4日起，其中107,657元自107年11月25日起，均至清償日止按週年利率10%計算之利息。」（卷1第283頁），核其聲明之變更，前後聲明之基礎事實同一，均係基於保險契

約所為之請求，且利息起算日之變更，亦屬減縮應受判決事項聲明之情形，揆諸前開條文所示，並無不合，應予准許。

二、次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，民事訴訟法第24條定有明文。查本件原告於104年10月5日與中國信託人壽保險股份有限公司（下稱中國信託人壽公司）簽訂「福滿人生終生壽險」之保險契約，嗣因中國信託人壽公司於105年間與被告台灣人壽保險股份有限公司合併，並以被告為存續公司，而依上開保險契約第33條規定，合意以本院為管轄第一審法院，故本院自有管轄權。

乙、實體部分：

一、原告起訴主張：

㈠原告為①中國信託人壽公司「福滿人生終身壽險」（保單號碼：0000000000）之系爭「中國信託人壽一年期手術醫療健康保險附約」（下稱手術醫療保險附約）之被保險人，保險金額為3,500元；②原告配偶張慧蓉之中國信託人壽公司「福滿人生終身壽險」（保單號碼：0000000000）之系爭「中國信託人壽一年期手術醫療健康保險附約」之被保險人，保險金額為1,000元；③中國信託人壽公司「福滿人生終身壽險」(保單號碼：0000000000)之系爭「中國信託人壽新住院醫療保險附約」(下稱新住院醫療保險附約)之被保險人。

㈡原告因身體受有傷害，經醫師診斷罹患「腰椎椎間盤突出」、「頸椎椎間盤突出」症，並分別於民國105年12月5日至6日、105年12月21日至22日、106年2月13日至14日、106年3月20日至21日、106年4月17日至18日、106年6月19日至20日、107年4月30日至5月1日、107年9月10日至11日、107年11月5日，於天主教耕莘醫療財團法人耕莘醫院接受「腰椎高頻熱凝療法（脊椎神經根阻斷術）」、「頸椎高頻熱凝療法（脊椎神經根阻斷術）」手術治療，而依「手術醫療保險附約」第5條第2款：「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而發生下列情形之一時，本公司依本附約約定給付保險金。二、經醫師診斷必須接受手術治療，且實際接受醫師手術治療。」、第9條第3項：「被保險人於本附約有效期間內，因第五條之約定接受附表三所列第三級手術項目之一且非附表二所列特別處置項目之一治療時，本公司依『保險金額』的十倍給付『外科手術保險金』、第4項前段：「保險人因同一保險事故，接受二項以上手術時，本公司給付各該項外科手術保險金」、「新住院醫療保險附約」第3條：「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或接受門診外科手術治療時，本公司按其投保計劃內容，依照本附約的約定給付保險金」、第4條第1項、第2項：「被保險人因第三條之約定而以全民健康保險之保險對象身分住院診療時，本公司按被保險人住院期間內所發生，且依全民健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付範圍之下列各項費用核付。一、超等住院之病房費差額。二、管灌飲食以外之膳食費。三、特別護士以外之護理費。但每日最高給付金額不得超過其投保計劃所列之『每日住院病房費用保險金限額』」、第5條第1項：「被保險人因第三條之約定而以全民健康保險之保險對象身分住院或接受門診外科手術診療時，本公司按被保險人住院期間內或接受門診外科手術時所發生，且依全民健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付範圍之下列各項費用核付。一、醫師診查費及會診費。二、在醫院使用之藥品（含醫師指示用藥）、注射藥液及注射技術費。三、血液（非緊急傷病必要之輸血）。四、掛號費及證明文件。五、超過全民健康保險給付之住院醫療費用。」、第6條第1項、第2項前段：「被保險人因第三條之約定而以全民健康保險之保險對象身分接受外科手術診療時，本公司按被保險人住院期間內或接受門診外科手術時所發生，且依全民健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付範圍之手術費核付，但每次各項外科手術費用以不超

過其投保計劃所列之『外科手術費用保險金限額』乘以『手術名稱及費用表』中所載各項百分率所得之數額為限。被保險人同一住院期間接受兩項以上手術時，其各項手術費用保險金應分別計算。」、第11條第1項「保險人不以全民健康保險保險對象身分住院診療或門診；或前往不具有全民健康保險之醫院或診所診療，致各項醫療費用未經全民健康保險給付者，本公司按下列方式給付各項保險金:一、『住院病房費用保險金』、『住院醫療費用保險金』、『外科手術費用保險金』、『出院後門診腫瘤治療費用保險金』及『住院前後門診費用保險金』，本公司依被保險人實際支付之各項費用的百分之六十五給付該項保險金，惟仍以前述各項保險金條款約定之限額為限。」等規定，被告應給付予原告之保險金為：

⑴105年12月5日至6日(共2日)：76,407元(45,000元+31,407元＝76,407元)：

①手術醫療保險附約部分：外科手術保險金(第9條第3項、第4項)：45,000元。①原告中國信託人壽「福滿人生終身壽險」(保單號碼：0000000000)之系爭手術醫療保險附約部分：3,500元(保險金額)×10倍＝35,000元。②原告為配偶張慧蓉之中國信託人壽「福滿人生終身壽險」(保單號碼：0000000000)之系爭手術醫療保險附約部分：1,000元(保險金額)×10倍＝10,000元。③計45,000元(35,000元+10,000元＝45,000元)。

②新住院醫療保險附約部分：31,407元。①住院病房費用保險金(第4條第1項)：病房費2,000元。②住院醫療費用保險金(第5條第1項)：21,206元(01掛號費100元+04西藥費600元+06材料費6元+08處置費80元+59藥事服務費49元+04西藥費5,391元+06材料費14,820元+32證明書費160元＝21,206元)。③外科手術費用保險金(第6條第1項)：手術費8,201元。④合計31,407元(2,000元+21,206元+8,201元＝31,407元)

⑵105年12月21日至22日(共2日)：116,787元(90,000元+26,78

7元＝116,787元)。

①手術醫療保險附約部分：外科手術保險金(第9條第3項、第4項)：90,000元。①原告中國信託人壽「福滿人生終身壽險」(保單號碼：0000000000)之系爭手術醫療保險附約部分：3,500元(保險金額)x10倍＝35,000元。②原告為配偶張慧蓉之中國信託人壽「福滿人生終身壽險」(保單號碼：0000000000)之系爭手術醫療保險附約部分：1,000元(保險金額)x10倍＝10,000元。③計45,000元(35,000元+10,000元＝45,000元)，因原告接受腰椎及頸椎二項手術，被告應給付各項手術保險金，故合計90,000元(45,000元x2＝90,000元)

②新住院醫療保險附約部分：26,787元。①住院病房費用保險金(第4條第1項、第11條)：病房費956元(非健保身分：病房費1,470元x0.65＝956元，小數點下4捨5入)。②住院醫療費用保險金(第5條第1項、第11條)：㈠健保身分：841元(01掛號費100元+04西藥費600元+06材料費6元+08處置費80元+59藥事服務費＝841元)。㈡非健保身分：14,329元(02醫師診察費980元+04西藥費5,406元+06材料費14,891元+11X光費250元+32證明書費360元+59藥事服務費158元＝22,045元，22,045x0.65＝14,329元)。㈢計15,170元(841元+14,329元＝15,170)。③外科手術費用保險金(第6條第1項、第11條)：手術費10,661元(非健保身分：16,402元x0.65元＝10,661元)。④合計26,787元(956元+15,170元+10,661＝26,787)

⑶106年2月13日至14日：120,049元(90,000元+30,049元＝120,049元)

①手術醫療保險附約部分：外科手術保險金(第9條第3項、第4項)：90,000元。

②新住院醫療保險附約部分：30,049元。①住院病房費用保險金(第4條第1項、第11條)：病房費956元(非健保身分：病房費1,470元x0.65＝956元，小數點下4捨5入)。②住院醫療費用保險金(第5條第1項、第11條)：㈠健保身分：875元(01掛號費100元+04西藥費600元+06材料費6元+08處置費80元+32

證明書費40元+59藥事服務費49元＝875元)。㈡非健保身分：17,557元(02醫師診察費980元+04西藥費9,022元+06材料費16,491元+32證明書費360元+59藥事服務費158元＝27,011元，27,011元×0.65＝17,557元)。㈢計18,432元(875元+17,557元＝18,432元)。③外科手術費用保險金(第6條第1項、第11條)：手術費10,661元(非健保身分：16,402元×0.65＝10661元)。④合計30,049元(956元+18,432元+10,661＝30,049元)

⑷106年3月20日至21日：135,002元(90,000元+45,002元＝135,002元)

①手術醫療保險附約部分：外科手術保險金(第9條第3項、第4項)：90,000元。

②新住院醫療保險附約部分：45,002元。①住院病房費用保險金(第4條第1項)：病房費2,000元。②住院醫療費用保險金(第5條第1項)：26,600元(01掛號費100元+04西藥費600元+06材料費6元+08處置費80元+59藥事服務費49元+04西藥費8,985元+06材料費16,420元+32證明書費360元＝26,600元)。③外科手術費用保險金(第6條第1項)：手術費16,402元。④合計45,002元(2,000元+26,600元+16,402＝45,002)。

⑸106年4月17日至18日：120,061元(90,000元+30,061元＝120,061元)

①手術醫療保險附約部分：外科手術保險金(第9條第3項、第4項)：90,000元。

②新住院醫療保險附約部分：30,061元。①住院病房費用保險金(第4條第1項、第11條)：病房費1,206元(非健保身分：病房費1,855元×0.65＝1,206，小數點下4捨5入)。②住院醫療費用保險金(第5條第1項、第11條)：㈠健保身分：835元(01掛號費100元+04西藥費600元+06材料費6元+08處置費80元+59藥事服務費49元＝835元)。㈡非健保身分：17,359元(02醫師診察費990元+04西藥費8617元+06材料費16581元+32證明書費360元+59藥事服務費158元＝26,706元，26,706元×0.65

＝17,359元)。㈢計18,194元(835元+17,359元＝18,194)。③外科手術費用保險金(第6條第1項、第11條)：手術費10,661元(非健保身分：16402元×0.65＝10661元)。④合計30,061元(1,206元+18,194元+10,661＝30,061)。

⑹106年6月19日至20日：133,057元(90,000元+43,057元＝133,057元)

①手術醫療保險附約部分：外科手術保險金(第9條第3項、第4項)：90,000元。

②新住院醫療保險附約部分：43,057元。①住院病房費用保險金(第4條第1項)：病房費2,000元。②住院醫療費用保險金(第5條第1項)：24,655元(01掛號費120元+04西藥費600元+06材料費6元+08處置費80元+59藥事服務費49元+04西藥費8,580元+06材料費14,820元+32證明書費400元＝246,55元)。③外科手術費用保險金(第6條第1項)：手術費16,402元。④合計43,057元(2,000元+24,655元+16,402＝43,057)。

⑺107年4月30日至5月1日：140,365元(90,000元+50,365元＝140,365元)

①手術醫療保險附約部分：外科手術保險金(第九條第3項、第4項)：90,000元。

②新住院醫療保險附約部分：50,365元。①住院病房費用保險金(第4條第1項)：病房費3,500元。②住院醫療費用保險金(第5條第1項)：30,463元(01掛號費100元+04西藥費600元+06材料費6元+08處置費80元+32證明書費30元+59藥事服務費49元+04西藥費14,553元+06材料費14,640元+32證明書費405元＝30,463元)。③外科手術費用保險金(第6條第1項)：手術費16,402元。④合計50,365元(3,500元+50,365元+16,402＝50,365)。

⑻107年9月10日至11日：122,526元(90,000元+32,526元＝122,526元)

①手術醫療保險附約部分：外科手術保險金(第9條第3項、第4項)：90,000元。

②新住院醫療保險附約部分(詳原證13號)：32,526元。①住院病房費用保險金(第4條第1項、第11條)：㈠病房費637元(非健保身分：病房費980元x0.65＝637，小數點下4捨5入)。㈡護理費319元(非健保身分：護理費490元x0.65＝319元，小數點下4捨5入)。㈢計956元(637元+319元＝956元)。②住院醫療費用保險金(第5條第1項、第11條)：㈠健保身分：875元(01掛號費100元+04西藥費600元+06材料費6元+08處置費80元+32證明書費40元+59藥事服務費49元＝875元)。㈡非健保身分：20,034元(02醫師診察費980元+04西藥費14,568元+06材料費14,711元+32證明書費405元+59藥事服務費158元＝30,822元，30,822元x0.65＝20,034元)。㈢計20,909元(875元+20,034元＝20,909)。③外科手術費用保險金(第6條第1項、第11條)：手術費10,661元(非健保身分：164,02元x0.65＝10,661元)。④合計32,526元(956元+20,909元+10,661＝32,526)。

⑼107年11月5日：107,657元(90,000元+17,657元＝107,657元)

①手術醫療保險附約部分：外科手術保險金(第九條第3項、第4項)：90,000元。

②新住院醫療保險附約部分：17,657元。①住院醫療費用保險金(第5條第1項)：1,255元(01掛號費120元+04西藥費600元+06材料費6元+08處置費80元+32證明書費400元+59藥事服務費49元＝1,255元)。②外科手術費用保險金(第6條第1項)：手術費16,402元。③合計17,657元(1,255元+16,402＝17,657)。

⑽合計被告應給付原告保險金合計1,071,911元(76,407元+116,787元+120,049元+135,002元+120,061元+133,057元+140,365元+122,526元+107,657元＝1,071,911元)，惟被告迄今仍未給付。

㈢就鑑定報告部分：

⑴而高頻熱凝療法係以「暫時」緩解疼痛為目的之療法，非屬

根絕疼痛治療，罹患椎間盤突出之被保險人將因疼痛復發而有反覆接受高頻熱凝療法治療之須要，而被告既明知高頻熱凝手術僅係暫時緩解疼痛之療法，而將高頻熱凝手術列為保險給付手術項目，自應依約負責承擔保險責任；此外系爭保險契約並無高頻熱凝療法治療次數限制之約定，亦無須改用其他治療方式之約定，而基於病患醫療選擇權，相較於最後治療手段之開刀手術風險、效果、費用、復原時間、心理畏懼等因素，被告接受此種簡單、安全、快速緩解疼痛之高頻熱凝手術治療，並無違反契約或醫療常規之處，遑論主治醫師並未建議需要施行開刀手術或其他治療。因此被告稱「高頻熱凝療法僅能舒緩疼痛，並非有效根除之治療方式，事實上如欲根除引起疼痛之病症，仍需選擇藥物或物理治療(例:推拿復健等)。是原告分別於上開日期在耕莘醫院『住院』接受高頻熱凝療法手術治療其頸椎及腰椎椎間盤突出，是否『全部』具住院及手術之必要性，顯有疑義。」實無理由。

⑵再者，本件經臺北榮民總醫院（下稱台北榮總）第2次就施行治療部位、療效與反應為鑑定說明後，因此第1次鑑定意見之「說明：二、…但是依照所附之病歷顯示病患頻繁接受單一種治療方式（105年12月到107年9月共11次治療），病歷中又無明確標示醫師施行治療的部位與病患治療後之療效與反應，也查無紀錄病患需反覆不斷施行此治療的原因為何，確實有違反醫療之常規。」乙節，因係未依病歷資料，就施行治療部位、療效與反應所為之草率鑑定，已無審酌之必要。惟第1次鑑定意見中「說明：二、病患因腰頸部疼痛接受高頻熱凝療法是常規神經疼痛治療項目之一…。三、高頻熱凝療法是運用高頻電流燒灼疼痛傳導神經，進而舒緩疼痛。」乙節，係就高頻熱凝療法本身性質之說明，仍有審酌之必要。

⑶而台北榮總第1次鑑定意見「說明二、病患因腰頸部疼痛接受高頻熱凝療法是常規神經疼痛治療項目之一」，第2次鑑定意見所述「高頻熱凝療法一般有效應可應可維持三個月到

一年，其效果確實會因人而異。」及另案同為高頻熱凝療法請求保險金事件，曾委請國立臺灣大學醫學院附設醫院（下稱台大醫院）就高頻熱凝療法手術本身性質鑑定說明「二、㈡高頻熱凝療法治療如果有效，通常效果可維持2、3個月左右或以上。…㈣高頻熱凝療法仍是一種侵襲性治療，目的在於減輕疼痛，但效果不持久，約2、3個月，至多6個月到1年。以張女士病歷所載的治療過程，每次治療間隔約3個月左右，而且從病歷及門診追蹤的資料上看來，如此治療頻率並未違反醫療常規。」因此就不涉及個案之高頻熱凝療法手術本身性質及療效而言，依上開二醫院鑑定意見，高頻熱凝療法為常規神經疼痛治療項目，通常療效可維持2、3個月左右或以上，且因人而異。是被告執與原告無關之被證1、2號評議書內資格不明顧問之意見，主張「由此可知，高頻熱凝療法之效果既能維持6個月，故每次治療時間至少必須間隔半年以上。」為其抗辯事由，實無理由，蓋原告非被證1、2號評議書之被保險人且所涉及之保險契約均與本件不同。又被證1號評議書所載「㈢本中心就兩造提供之書面資料，諮詢本中心醫療專業顧問…㈣本中心為求慎重，復將案關資料諮詢另名醫療專業顧問，其意見略為：…」等語，顯見金融評議中心所為之評議，係僅就書面資料諮詢該中心專業顧問意見即為評議，惟該等專業顧問究為何人、是否具有本件醫療專科相關專業及資格、係踐行如何程序、憑藉資料究否完整，而得以做出評議，則均未見金融評議中心於前揭評議書中予以詳以敘明，因此被證1、2號評議書與本件無關，自無證據能力。同時高頻熱凝手術係以「暫時」緩解疼痛為目的之療法，非屬根絕疼痛治療，罹患椎間盤突出之被保險人因手術療效經過2、3個月後，疼痛復發，繼續接受高頻熱凝療法，係符合醫療常規。是被告稱「顯然高頻療法對於原告之療效不彰，原告理應會改為其他更有效之治療方式才是，然原告卻是繼續接受高頻熱凝療法治療，顯然與一般醫療常規不符」等語，實無理由。

⑷又台北榮總第2次鑑定意見所載之歷次「治療部位表」，及鑑定意見所述「高頻熱凝療法一般有效應可應可維持三個月到一年，其效果確實會因人而異。」可證原告歷次頸、腰椎手術並非均治療頸、腰椎同一部位，而係分別治療左右兩側頸椎、左右兩側腰椎部位及不同之頸、腰椎節，且各部位手術治療均間隔3個月以上，例如編號2、4、5、8、10、12手術均係間隔3個月以上治療「左側頸椎第5節與第7節」(其中編號4、5手術雖僅間隔1個月，但編號4僅治療左側頸椎第7節，而編號5則增加治療左側頸椎第5節，仍屬間隔3個月以上)，其餘治療「右側頸椎第5節與第7節」、「右側腰椎第4節與第5節」、「左側腰椎第4節與第5節」、「左側腰椎第2節到薦椎第2節」、「右側腰椎第2節到薦椎第2節」，均間隔3個月以上，從而原告各部位手術治療間隔期間與臺北榮民總醫院說明之療效期間相符，且並無就同一部位密集治療之問題，係符合醫療常規。

⑸此外依第2次鑑定意見所述「依所附『病史』病歷資料描述，病患持續接受治療原因為疼痛持續且藥物治療無效…依所附資料病患需反覆不斷施行治療之理由應該為前一次治療後疼痛復發。」、「依所附『住院治療經過』病歷資料描述，僅描述當次治療後當天及隔天疼痛有舒緩，但因治療時仍有同時使用麻醉藥物與止痛藥物，所以無法判定緩解是否全惟高頻熱凝治療之療效。」可證原告於前次手術治療後疼痛確有緩解，而有達到當次治療之目的，惟因前次手術療效期間經過3個月後，疼痛復發且經藥物治療無效，始繼續接受治療。另鑑定意見雖稱「但因治療時仍有同時使用麻醉藥物與止痛藥物，所以無法判定緩解是否全為高頻熱凝治療之療效。」等語，惟鑑定意見並未否認當次高頻熱凝療法之緩解疼痛療效，且原告係於當次療效經過3個月後疼痛復發始再次求診，顯見當次高頻熱凝療法確具有緩解疼痛之療效，而非因當次麻醉藥物或止痛藥物而緩解疼痛達3個月，蓋手術時雖有使用麻醉藥物與止痛藥物，但手術時使用之麻醉藥

物與止痛藥物之止痛效果應無法持續3個月。

⑹從而原告歷次手術均係經主治醫師診斷後，由主治醫師決定採用高頻熱凝療法此一常規神經疼痛治療手術，分別就不同之疼痛部位治療，且當次治療後疼痛均確有緩解，療效並持續3月以上，已達當次治療之目的，而無違反醫療常規。

㈧關於被告主張「原告短時間內多次密集於天主教耕莘醫療財團法人耕莘醫院（下稱耕莘醫院）住院接受『高頻熱凝療法』手術治療，確實有違醫療常規，且不具住院之必要性，故原告請求被告給付外科手術保險金、住院病房費用保險金、住院醫療費用保險金及外科手術費用保險金等並無理由：㈢…均已明確載明原告係以『自費』方式住院，而非以健保身分住院，更加顯見原告並非係經醫師診斷其疾病或傷害而『必須』入住醫院，顯然原告確實無住院必要性，是原告請求被告給付住院病房費用保險金及住院醫療費用保險金部分，應無理由」等語之部分：

⑴依「新住院醫療保險附約」第5條【住院醫療費用保險金之給付】第1項：「被保險人因第三條之約定而以全民健康保險之保險對象身分住院或接受門診外科手術診療時，本公司按被保險人住院期間內或接受門診外科手術時所發生，且依全民健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付範圍之下列各項費用核付。一、醫師診查費及會診費。二、在醫院使用之藥品（含醫師指示用藥）、注射藥液及注射技術費。三、血液（非緊急傷病必要之輸血）。四、掛號費及證明文件。五、超過全民健康保險給付之住院醫療費用。」、第2項第1款：「被保險人一次住院，本公司對上述費用的合計給付金額不得超過列方式所定之限額：住院天數為一至三十天，限額為其投保計畫所列之『住院醫療費用保險金』」之約定，明確約定無論「住院」或「門診外科手術診療」均得請求住院醫療費用保險金，且第5條第2項第1款條文中有關住院醫療費用保險金合計給付金額之限額約款，亦包含「住院天數為一天」之情形在內，綜合上開條款

整體解釋，可見針對第5條「住院醫療費用保險金」無論被保險人係接受一日之門診外科手術或住院外科手術所生之醫療費用，均有涵蓋在內，因此原告縱無「住院」手術之必要，亦屬一日之門診外科手術或一日之住院外科手術，被告仍應給付住院醫療費用保險金，是被告稱「是原告分別於上開日期在耕莘醫院『住院』接受高頻熱凝療法手術治療其頸椎及腰椎椎間盤突出，是否『全部』」具住院及手術之必要性，顯有疑義。」，實無理由。

⑵依「新住院醫療保險附約」第5條：「被保險人因第三條之約定而以全民健康保險之保險對象身分住院或接受門診外科手術診療時，本公司按被保險人住院期間內或接受門診外科手術時所發生，且依全民健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付範圍之下列各項費用核付」，係約定以「以全民健康保險之保險對象身分住院或接受門診外科手術診療」，與是否自費住院無關，因此原告均以健保身分接受手術診療，自符合「新住院醫療保險附約」第5條之約定，是被告所稱「均已明確載明原告係以『自費』方式住院，而非以健保身分住院，更加顯見原告並非係經醫師診斷其疾病或傷害而『必須』入住醫院，顯然原告確實無住院必要性，是原告請求被告給付住院病房費用保險金及住院醫療費用保險金部分，應無理由」，實無理由。

㈨再者，依兩造簽定之同意書，於前言載明「因頸椎及腰椎椎間盤突出分別於106年9月4日、106年11月21日及107年1月8日住院接受高頻熱凝療法，所提之理賠申請，雙方達成協議，同意保險契約依下列方式辦理…」，以「頸椎」高頻熱凝療法手術為例，因高頻熱凝療法療效可維持6個月，則原告1年內本來可做2次頸椎手術，但因被告為與原告達成和解，所以被告以嘉惠保戶的名義，再增加給付2次頸椎手術保險金，故兩造才達成協議就「頸椎」部分「因高頻熱凝療法所致保險金給付，每年以四次給付為上限」，而「腰椎」亦為同樣約定。顯見兩造係分別就頸椎、腰椎各個部位之手

術次數為理賠約定，因此同意書所載之「因高頻熱凝療法所致保險金給付，每年以四次給付為上限」，係指頸椎、腰椎各個部位高頻熱凝療法手術保險金，分別為每年各給付四次而言。否則若依被告所稱高頻熱凝療法療效各部位療效可維持6個月，則頸椎、腰椎2個部位1年本來就可各做2次，合計1年4次高頻熱凝療法，並沒有嘉惠保戶可言，因此同意書所載之「嘉惠保戶」就是嘉惠原告，增加頸椎、腰椎各2次高頻熱凝療法手術之保險金給付。

㈩因此被告乃依同意書「一、上開事故台灣人壽給付新台幣肆拾壹萬肆仟參佰柒拾參元整…」及「二、…因高頻熱凝療法所致保險金給付，每年以四次給付為上限」之約定，給付自106年9月4日至107年9月3日此一年內106年9月4日、106年11月21日、107年1月8日，腰、頸高頻熱凝療法手術保險金各3次，共6次手術保險金，可證同意書所載每年4次給付，是指分別給付腰椎、頸椎高頻熱凝療法手術保險金每年各4次，而非被告所稱僅給付腰、頸椎高頻熱凝療法手術保險金每年合計4次。

㈪從而編號7、8、9號之保險金，原告依同意書及依系爭「手術醫療保險附約」第九條第3項、第4項、「新住院醫療保險附約」第4條第1項、第5條第1項、第6條第1項及第11條之規定為請求；另附表編號1-6號之保險金，因不屬同意書協議範圍，是依系爭「手術醫療保險附約」第九條第3項、第4項、「新住院醫療保險附約」第4條第1項、第5條第1項、第6條第1項及第11條之規定為請求，併依保險法第34條第2項之規定請求週年利率百分之10利息。

㈫並聲明：被告應給付原告1,071,911元，及其中701,363元自107年8月15日起，其中140,365元自107年7月29日起，其中122,526自107年10月4日起，其中107,657元自107年11月25日起，均至清償日止按週年利率10%計算之利息；並願供擔保，請准宣告假執行。

二、被告則以：

㈠台北榮總依函詢已以108年10月23日北總神字第1080005834號函稱：「四、一般病患接受高頻熱凝療法不需要住院，可以門診治療，除非病患有特殊身體狀況導致施行治療之風險高，進而需住院觀察，但依照所附之病歷並無紀錄病患（即原告）是高風險病患。」等語，足證原告分別於上開日期住院接受高頻熱凝療法手術，確實均不具住院之必要性，不合新住院醫療保險附約保險單條款第2條之約定，故就原告分別於上開日期住院接受高頻熱凝療法手術，被告自不負給付原告住院病房費用保險金及住院醫療費用保險金之責。

㈡就原告所檢附105年12月21日至22日之住院收據、106年2月13日至14日之住院收據、106年4月17日至18日之住院收據及107年9月10日至11日之住院收據，均明確載明原告係以「自費」方式住院，而非以健保身分住院，足證原告並非係經醫師診斷其疾病或傷害「必須」入住醫院而住院，益加顯見原告確實無以住院方式接受高頻熱凝療法手術治療之必要性，是原告請求被告給付住院病房費用保險金及住院醫療費用保險金，應無理由。

㈢原告雖分別於105年12月5日至6日、105年12月21日至22日、106年2月13日至14日、106年3月20日至21日、106年4月17日至18日、106年6月19日至20日、107年4月30日至5月1日、107年9月10日至11日以住院方式、107年11月5日以門診方式在耕莘醫院接受高頻熱凝療法手術治療；惟從衛生福利部臺中醫院及三軍總醫院關於高頻熱凝療法下列之說明:「…許多一般民眾常常都會遇到有下背痛的經驗，而它的常見原因不外乎肌肉疼痛，椎間盤凸出併神經壓迫，脊椎退化併脊椎腔狹窄，脊椎腫瘤或其他脊椎病變等等，其中約8成是因肌肉性疼痛所引起的，通常給予藥物及物理治療，加上適當的休息，2~3個月內大部分患者的症狀會有改善的情況。可是對於2成左右的病人症狀持續，超過3至6個月而沒有緩解情況的病人，就需要外科醫師的介入，不論是手術或非手術的治療，尤其是對在嘗試止痛消炎藥物無效後，又怕開刀治療的

病人，則高頻熱凝療法是不錯的選擇」、「所謂高頻熱凝療法，是以一根特殊的電極針在X光（或電腦斷層）影像的引導下到所要施行的部位後，並藉由儀器內建的神經刺激儀調整設定所需的時間和溫度，將高週波能量傳導至電擊針末端，在針間部位產生電磁波，即可以誘發磁場內的組織細胞，經由分子運動、摩擦生熱、進而產生熱凝、電磁效應，造成適度的神經對疼痛感覺鈍化，達到緩解疼痛的療效。」可知，所謂高頻熱凝療法，係於嘗試止痛消炎藥物或尋求其他治療方法無效後，始為舒緩疼痛所行之醫療行為，若需根除病灶，仍須以傳統手術治療。換言之，高頻熱凝療法僅能舒緩疼痛，並非有效根除之治療方式，事實上如欲根除引起疼痛之病症，仍需選擇藥物或物理治療(例:推拿復健等)。是原告分別於上開日期在耕莘醫院住院及門診接受高頻熱凝療法手術治療其頸椎及腰椎椎間盤突出，是否全部具住院及手術之必要性，確非無疑。

㈣關於高頻熱凝療法手術施作之必要性，有評議中心曾於諮詢專業醫學顧問意見後所做成之評議決定:「…一般而言，高頻熱凝療法的效果可持續10個月。所以，第一次高頻熱凝療法的效果至少得維持6個月，才表示這種治療有效，可考慮再做第二次治療，而兩次治療至少相隔12個月」、「…不論治療部位是腰椎或頸椎，高頻熱凝療法的效果至少可持續3至6個月，甚至可達1年以上。所以，第一次高頻熱凝療法的效果至少得維持三至六個月，才表示這種治療有效，可考慮再做第二次治療，甚至有文獻建議兩次治療要間隔12個月。因此，即使以較寬鬆的標準認定，頸部高頻熱凝療法每次治療至少間隔3-6個月為合理，而每次腰部治療以間隔6個月為合理。」、「根據文獻記載，高頻熱凝療法的效果可持續6至12個月不等。所以，一般醫療實務上，高頻熱凝療法兩次施作間至少相隔六個月。申請人連續三個月做治療既不符合醫學常規，也無必要等語。」可參，而此既與臺北榮民總醫院再次鑑定結果記載「高頻熱凝療法一般有效應可維持三個

月到一年，其效果確實會因人而異」相符，自堪信為真實，則原告自105年12月5日起至107年11月5日止頻繁接受高頻熱凝療法手術治療，既均未間隔3個月，更查無精神科醫師、心理治療師或疼痛科醫師之治療評估紀錄，確實有違常情。

㈤而台北榮總就本案鑑定後，既已函復稱:「二、病患因腰頸部疼痛接受高頻熱凝療法是常規神經疼痛治療項目之一，但是依照所附之病歷顯示病患（即原告）頻繁接受單一種治療方式（105年12月至107年9月共11次治療），病歷中又無明確標示醫師施行治療的部位與病患治療後之療效與反應，也查無紀錄病患需反覆不斷施行此治療的原因為何，確實有違反醫療之常規。」，足證原告短時間內多次密集於耕莘醫院接受高頻熱凝療法手術治療，有違醫療常規，確實不具手術必要性，自無權請求被告給付外科手術保險金、住院病房費用保險金、住院醫療費用保險金及外科手術費用保險金。原告雖稱上開函覆並無參考原告施行治療之部位，係屬草率認定云云，惟經明確標示原告歷次治療部位（按原告106年6月19日住院部分，並無顯示治療部位之資料可參）再次請台北榮總鑑定後，並未見台北榮總推翻前次「有違反醫療常規」之鑑定結果，堪認原告之辯解實無足採信。

㈥另從台北榮總再次鑑定結果可知，高頻熱凝療法效果一般而言雖能維持3個月到1年，但其效果確實會因人而異，由於原告住院病歷中僅記載當次治療後當天及隔天疼痛有舒緩，但因治療時仍有同時使用麻醉藥物及止痛藥物，所以「無法判定」疼痛舒緩是否全為高頻熱凝療法治療之療效，則在原告接受前一次高頻熱凝療法治療，根本不知是否有療效，以及該療效能維持多久之情形下，原告便在短時間內頻繁接受第二次以上之高頻熱凝療法治療（例如105年12月6日至12月21日僅間隔15天），依上開評議中心之專業醫學顧問意見「第一次高頻熱凝療法的效果至少得維持三至六個月，才表示這種治療有效，可考慮再做第二次治療」觀之，確實有違醫療常規，何況高頻熱凝療法對於原告之療效不彰，實不應再繼

續接受高頻熱凝療法治療，更不待言。

㈦至於原告主張另案同為高頻熱凝療法請求保險金事件，曾委請台大醫院鑑定，惟從該鑑定說明「二、㈡高頻熱凝療法治療如果有效，通常效果可維持2、3個月左右或以上。…(高頻熱凝療法仍是一種侵襲性治療，目的在於減輕疼痛，但效果不持久，約2、3個月，至多6個月到1年。…」，可知臺大醫院亦認為高頻熱凝療法如果有效，始有所謂「效果」存續的問題，而台北榮總再次鑑定結果，既稱病歷記載原告反覆不斷施行高頻熱凝治療治療之理由僅為「前一次治療後疼痛復發」，則原告經多次高頻熱凝療法治療頸椎、腰椎等部位後不久，便會於短時間內再次出現疼痛，顯然高頻熱凝療法對於原告療效不彰，即高頻熱凝療法對於原告根本無效，原告理應會改為尋求其他更有效之治療方式才是，然原告卻是選擇繼續接受高頻熱凝療法治療，顯與一般醫療常理不符。

㈧又原告於105年12月21日至22日、106年2月13日至14日、106年3月20日至21日、106年4月17日至18日、106年6月19日至20日及107年11月5日在耕莘醫院接受高頻熱凝療法治療，與前一次即105年12月5日至6日、105年12月21日至22日、106年2月13日至14日、106年3月20日至21日、106年4月17日至18日及107年9月10日至11日在耕莘醫院接受高頻熱凝療法治療之相隔，均未超過3個月(甚至只有相隔15天之紀錄，僅於107年4月30日至5月1日及107年9月10日至11日兩次接受高頻熱凝療法之相隔超過3個月)，依臺北榮總鑑定結果及上開評議中心之專業醫學顧問意見觀之，顯已違反醫療常規，故原告就前後兩次接受高頻熱凝療法期間未逾3個月部分之保險金請求，應無理由，應予以駁回之。縱認原告於耕莘醫院多次接受高頻熱凝療法不具住院必要性而具手術必要性（假設語，被告否認），被告應給付之保險金亦應為260,264元。

㈨原告除提起本訴外，另以其於108年間至110年間持續接受9次高頻熱凝療法治療，經被告拒絕部分理賠為由，訴請被告給付共計811,083元之保險金，目前由 鈞院以110年度保險

字第82號審理在案，併予敘明。

㈩並聲明：原告之訴及假執行聲請均駁回；如受不利判決，願供擔保請准宣告免為假執行。

三、得心證之理由：

㈠經查，原告主張之事實，業據其提出人身保險保險單、診斷證明書、中國信託人壽一年期手術醫療健康保險附約、中國信託人壽新住院醫療保險附約、耕莘醫院醫療單據、同意書、台大醫院函、原告病歷資料、手術部位明細等文件為證（卷1第51-133、181頁，卷2第11-269、289-291、341頁）；被告則否認原告之主張，而以前詞資為抗辯，並提出財團法人金融消費評議中心106年評字第1438號評議書、106年評字第1106、1108號評議書、原告歷次申請高頻熱凝療法統整表、國際疾病分類標準（ICD-10）、要保書、衛生福利部台中醫院醫學資料、三軍總醫院醫學資料、財團法人金融消費評議中心109年評字第693號評議書、109年評字第1918號評議書等文件為證（卷1第195-217、237-239、251-267頁，卷2第349-368頁），是本件所應審究者為：原告請求被告給付保險金1,071,911元，有無理由？被告以無「手術必要性」及「住院必要性」等為由主張不符保險契約給付保險金之條件，有無理由？以下分別論述之。

㈡就系爭契約是否以具備手術住院必要性之要件之部分：

⑴查本件兩造間所簽訂之保險契約之約定略以：①手術醫療保險附約第5條第2款有關保險範圍：「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而發生下列情形之一時，本公司依本附約約定給付保險金。…二、經醫師診斷必須接受手術治療，且實際接受醫師手術治療。」、第9條第3項：「被保險人於本附約有效期間內，因第五條之約定接受附表三所列第三級手術項目之一且非附表二所列特別處置項目之一治療時，本公司依『保險金額』的十倍給付『外科手術保險金』、第4項前段：「保險人因同一保險事故，接受二項以上手術時，本公司給付各該項外科手術保險金」；②新住

院醫療保險附約第3條：「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或接受門診外科手術治療時，本公司按其投保計劃內容，依照本附約的約定給付保險金」、第4條第1、2項：「被保險人因第三條之約定而以全民健康保險之保險對象身分住院診療時，本公司按被保險人住院期間內所發生，且依全民健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付範圍之下列各項費用核付。一、超等住院之病房費差額。二、管灌飲食以外之膳食費。三、特別護士以外之護理費。但每日最高給付金額不得超過其投保計劃所列之『每日住院病房費用保險金限額』」、第5條第1項：「被保險人因第三條之約定而以全民健康保險之保險對象身分住院或接受門診外科手術診療時，本公司按被保險人住院期間內或接受門診外科手術時所發生，且依全民健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付範圍之下列各項費用核付。一、醫師診查費及會診費。二、在醫院使用之藥品（含醫師指示用藥）、注射藥液及注射技術費。三、血液（非緊急傷病必要之輸血）。四、掛號費及證明文件。五、超過全民健康保險給付之住院醫療費用。」、第6條第1、2項前段：「被保險人因第三條之約定而以全民健康保險之保險對象身分接受外科手術診療時，本公司按被保險人住院期間內或接受門診外科手術時所發生，且依全民健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付範圍之手術費核付，但每次各項外科手術費用以不超過其投保計劃所列之『外科手術費用保險金限額』乘以『手術名稱及費用表』中所載各項百分率所得之數額為限。被保險人同一住院期間接受兩項以上手術時，其各項手術費用保險金應分別計算。」、第11條第1項「保險人不以全民健康保險保險對象身分住院診療或門診；或前往不具有全民健康保險之醫院或診所診療，致各項醫療費用未經全民健康保險給付者，本公司按下列方式給付各項保險金:一、『住院病房費用保險金』、『住院醫療費用保險金』、『外科手

術費用保險金』、『出院後門診腫瘤治療費用保險金』及『住院前後門診費用保險金』，本公司依被保險人實際支付之各項費用的百分之六十五給付該項保險金，惟仍以前述各項保險金條款約定之限額為限。」等約定，有上揭保險契約附卷可按（卷1第77-115頁），應可確定，是應就原告所主張因罹患「腰椎椎間盤突出」、「頸椎椎間盤突出」等症，而經醫師施行「高頻熱凝療法」而住院治療等等過程，審酌是否與前揭約定之情形相互符合。

⑵其次，審酌系爭新住院保險附約第2條第8項約定：「『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。」等語，以及手術醫療保險附約第5條第2款約定：「經醫師診斷必須接受手術治療，且實際接受醫師手術治療」等語，而參酌約定「…診斷其疾病或傷害必須入住醫院…在醫院接受診療者」、「診斷必須接受手術治療…且實際接受…手術治療」之內容以觀，足認其保險契約所約定之內容，係以治療診療所罹患之疾病或傷害，應可確定，亦即系爭保險契約所約定之狀況，乃限於為診療治療目的之療程而言，而非所有住院或接受治療均包括之，倘若①非屬於治療診療疾病或傷害之療程，②非屬於治療療程之一部份，③並非屬於治療必要性之療程程序，或者④不斷重複且頻繁接受單一治療而未曾進行下階段之治療療程等等情形，即非屬於系爭保險契約所約定之範圍之，應可確定；因此，並非能以被保險人有住院之事實，即可以逕行推認其已符合系爭保險所約定之危險發生事由，亦無從逕行推認已經符合住院必要性之要件，而尚需此住院之事實符合必須入住醫院診療，且需有住院及進行手術之必要並確實在醫院接受診療，始足當之，否則保險人自無給付保險金之義務。

⑶再者，審酌保險為最大善意及最大誠信之射倖性契約，保險契約之當事人皆應本諸善意與誠信之原則締結保險契約，始能免流於純粹賭博性，並避免肇致道德危險，此有最高法院

最高法院85年度台上字第1685號判決意旨參照。而保險制度最大功能在於將個人於生活中遭遇各種人身危險、財產危險，及對他人之責任危險等所產生之損失，分攤消化於共同團體，是任何一個保險皆以一共同團體之存在為先決條件，此團體乃由各個因某種危險事故發生而將遭受損失之人所組成，故基於保險是一共同團體之概念，面對保險契約所生權利糾葛時，應立於整個危險共同團體之利益觀點，不能僅從契約當事人之角度思考，若過於寬認保險事故之發生，將使保險金之給付過於浮濫，最終將致侵害整個危險共同團體成員之利益，有違保險制度之本旨。因此，就其是否有「住院醫療必要」，亦即是否屬於治療療程或具必要性之療程，除由實際治療醫師之認定外，亦需就如需就「住院必要」審酌是否符合醫學之經驗法則或論理法則，有無違反醫療常規，以符合保險為最大善意及最大誠信契約之契約本旨。

⑷從而，如果係非以治療為目的之手術，或不符合一般醫療常規之手術，或不具有住院醫療必要性之情形，即非屬於系爭保險契約所約定之範圍，且有侵害或轉嫁不當風險予危險共同體之虞，即非能依照系爭契約而為請求，應可確定；因此，系爭保險契約條款關於「經醫師診斷有住院之必要性」，除實際治療醫師就「有住院必要性」即「有進行手術必要性」之認定，始符合前揭系爭保險契約條款之約定，亦應與醫療常規相吻合，亦即於具有相同專業醫療醫師於相同情形通常均會有相同診斷者，始堪謂合致，而不能僅以被保險人與其主治醫師之主觀認定為據。

㈢就原告主張是否已經符合必要性之要件之部分：

⑴經查

，本件原告前經耕莘醫院醫師施行「高頻熱凝療法（脊椎神經根阻斷術）」住院手術之部分，為雙方所不爭執，但是就此件是否已經符合必要性之要件之部分，經雙方就所爭執之「①本件病患于群福因病而接受高頻熱凝療法為治療，其所

接受之診治及醫療程序，有無違反一般醫療常規情形，所違反之情節及所違反之常規為何？②本件病患使用高頻熱凝療法治療，於醫學上所欲達成治療效果為何？③於高頻熱凝療法之治療過程中，於醫學上是否有住院需求，依據醫療常規之依據為何？」之爭執要點部分，兩造合意送請台北榮總鑑定，經台北榮總於108年10月23日函覆鑑定結果略以：為「…二病患因腰頸部疼痛接受高頻熱凝療法是常規神經疼痛治療項目之一，但是依照所附之病歷顯示病患頻繁接受單一種治療方式（105年12月至107年9月共11次治療），病歷中又無明確標示醫師施行治療的部位與病患治療後之療效與反應，也查無紀錄病患需反覆不斷施行此治療的原因為何，確實有違反醫療之常規。三高頻熱凝療法是運用高頻電流灼燒疼痛傳導神經，進而舒緩疼痛。四一般病患接受高頻熱凝療法不需要住院，可以門診治療，除非病患有特殊身體狀況導致施行治療之風險高，進而需住院觀察，但依照所附之病歷並無紀錄病患是高風險病患。」等情，此有鑑定報告在卷可稽（卷1第305頁）

⑵而依照該次鑑定結果以觀，原告所主張之治療療程，因其具有：①並非屬於治療之療程，②無從認為屬於治療療程之一部份，③無從認為具有治療必要性，④不斷重複且頻繁接受單一治療而未曾進行下階段之治療療程之情形，因此，其上述要件不符合，故非屬於系爭保險契約所承保之範圍，應可確定。

⑶其次，就前次鑑定結果，雙方再爭執「㈠原告歷次施行高頻熱凝療法治療之部位為何？是否為附表編號1-11『施行治療部位』欄之『病歷資料卷』頁所載之手術部位？㈡依檢附之原告病歷資料及依病歷資料臚列之附表編號1-11『治療後之療效與反應』欄之『病歷資料卷』頁內『住院治療經過』欄所載，原告歷次接受高頻熱凝療法手術治療後，當次療效如何？於當次治療後疼痛有無疏緩？㈢依檢附之原告病歷資料及依病歷資料臚列之附表編號1-11『施行治療的原因』欄之

『病歷資料卷』頁內『病史』欄所載，原告持續施行此治療的原因為何？㈣高頻熱凝療法舒緩疼痛效果通常能維持多久時間？其效果是否因人而異？㈤依原告之病歷資料所載，其邀椎椎間盤突出、頸椎椎間盤突出之病徵，係於何時開始出現？出現病徵後，需要經過多少時間，方會形成其初次（即105年12月5日）至耕莘醫院就診之病況？㈥高頻熱凝療法效果之持久性，與病患之病情輕重是否有關？若確實有關，則以原告接受高頻熱凝療法之頻率，是否可推斷其腰椎椎間盤突出、頸椎椎間突出之病徵已存在18個月以上？㈦依檢附之于群福完整病歷其中第11、23、43、53、61、62、92、93、109、110、121、122、131、132、169、170、177及178頁，能否明確看出于群福歷次施行高頻熱凝療法治療之具體部位？如否，其理由為何？如是，則于群福歷次施行高頻熱凝療法治療之具體部位個別為何？㈧依檢附之于群福完整病歷其中第6、20、40、50、58、74、88、106、118、128及166頁，能否看出于群福歷次施行高頻熱凝療法治療之療效與反應？如否，其理由為何？如是，則于群福歷次施行高頻熱凝療法治療後之療效與反應個別為何？㈨依檢附之于群福完整病歷資料其中第5、19、39、49、57、73、87、105、117、127及165頁，能否看出于群福需反覆不斷施行高頻熱凝療法治療之原因？如否，其理由為何？如是，則于群福需反覆不斷施行高頻熱凝療法之理由為何？」之部分，由台北榮總為補充鑑定，經台北榮總函覆鑑定結果略以：「依所附『住院治療經過』病歷資料描述，僅描述當次治療後當天及隔天疼痛有舒緩，但因治療時仍有同時使用麻醉藥物與止痛藥物，所以無法判定緩解是否全為高頻熱凝治療之療效(其中第十二次治療缺“住院治療經過”，無法判定）」、「依所附『病史』病歷資料描述，病患持續接受治療原因為疼痛持續且藥物治療無效，病史描述部分從編號第三次至第十一次治療均相同，僅疼痛間隔時間描述不同（其中第十二次治療缺“病史”，無法判定），依所附資料病患需反覆不斷施行

治療之理由應該為前一次治療後疼痛復發。」、「高頻熱凝療法一般有效應可維持三個月到一年，其效果確實會因人而異。」、「病歷資料無紀錄何時出現此病徵，僅首次治療之病史紀錄中描述病患疼痛有兩週；退化性疾病很難判定病徵出現多久導致目前病況。」、「治療效果持久性與病情輕重不一定相關；無法以接受高頻熱凝療法之頻率判定病徵已存在18個月以上。」等語，亦有鑑定結果在卷可憑（卷2第317-319頁）。

⑷而依照補充鑑定結果以觀，顯然足以確定本件並不具備：①並非屬於治療之療程，②無從認為屬於治療療程之一部份，③無從認為具有治療必要性，④不斷重複且頻繁接受單一治療而未曾進行下階段之治療療程之要件，而與系爭保險契約所承保之範圍有間，堪予認定，是原告依照系爭保險契約而為請求，即與上述要件不符合。

⑸另外，就本件原告所罹患張因罹患「腰椎椎間盤突出」、「頸椎椎間盤突出」之疾病，是否具有不能進行下階段之治療療程，而只能不斷重複且頻繁接受高頻熱凝療法，亦即僅能進行減輕疼痛療程之部分，於原告病歷並未有相關之記載，經台北榮總鑑定結果，亦未有此認定，此部分亦未據原告提出證據以為主張，是並無從為原告主張有利之認定，併此敘明；從而，本件原告主張，即難認屬有理，應予駁回。

㈣就不斷重複且頻繁接受「高頻熱凝療法（脊椎神經根阻斷術）」住院手術，卻未曾進行下階段之治療療程，是否已經符合必要性之要件之部分：

⑴況且，依上開鑑定報告結果，高頻熱凝療法之效果可維持三個月到一年，但是依原告於耕莘醫院醫療單據之記載，原告分別於①105年12月5日、②105年12月31日、③106年2月13日、④106年3月20日、⑤106年4月17日、⑥106年6月19日、⑦106年9月4日、⑧106年11月21日、⑨107年1月7日、⑩107年4月30日、⑪107年9月10日、⑫107年11月5日接受共12次高頻熱凝療法手術治療，期間兩次治療之時間最長距離133

日、最短僅距離26日，顯與上揭「可維持三個月到一年」之鑑定結果不符，而依原告於耕莘醫院之病歷記載，僅描述當次治療後當天及隔天疼痛有舒緩，但因治療時仍有同時使用麻醉藥物與止痛藥物，所以無法判定緩解是否全為高頻熱凝治療之療效，亦有上揭台北榮總出具之鑑定結果在卷可憑（卷第319頁），則原告罹患之「腰椎椎間盤突出」、「頸椎椎間盤突出」等症是否有無手術治療之必要性，即非無疑。

⑺尤其，高頻熱凝療法係運用高頻電流灼燒疼痛傳導神經，進而舒緩疼痛，但是原告自105年12月5日第一次接受高頻熱凝療法以迄107年11月5日為止，期間長達1年又11月，此段期間內共接受12次高頻熱凝療法之手術治療，而依原告於耕莘醫院之病歷記載，原告主訴「持續接受治療原因為疼痛持續且藥物治療無效」、以及「前一次治療後疼痛復發」，接受治療之部位則為「左側頸椎第五節與第七節」、「右側腰椎第二節到薦椎第二節」、「右側腰椎第五節」、「右側腰椎第四節與第五節」、「右側腰椎第四節」、「左側腰椎第四節與第五節」、「左側腰椎第二節到薦椎第二節」等，但是依據一般社會經驗法則及常理推斷，若接受治療後無法有效改善或緩解病症，一般人理應會尋求其他更為有效之治療方式，但在將近兩年之時間內就相同部位重覆施行相同之治療方式，在無法緩解病症之狀況下而仍然持續接受相同療法治療，顯與常理不符，診斷證明書亦未就原告有何特殊病況而須每間隔1至2個月即在同一區域重複施行高頻熱凝療法為說明，自不能證明原告確有施行系爭手術之必要，原告亦未提出其他醫師診斷確有施行「高頻熱凝療法」手術必要之證據，因此被告主張：高頻熱凝療法僅能舒緩疼痛，並非有效根除之治療方式，原告分別於上開日期住院接受高頻熱凝療法手術，均不具手術之必要性，即非無據。

⑻再者，「一般病患接受高頻熱凝療法不需要住院，可以門診治療，除非病患有特殊身體狀況導致施行治療之風險高，進

而需住院觀察，但依照所附之病歷並無紀錄病患是高風險病患」，亦有台北榮總之第一次鑑定結果在卷可按（卷1第305頁），而原告於耕莘醫院接受12次高頻熱凝療法治療期間，均為住院二日，但是該項手術既得以門診進行手術治療即可，而原告何以需要進行住院治療，既未見醫師據以在病歷記載；況且，依原告所檢附105年12月21日至22日、106年2月13日至14日、106年4月17日至18日、107年9月10日至11日之住院收據，均明確載明原告係以「自費」方式住院，而非以健保身分住院，則是否業經醫師診斷原告之病症已達到「必須」入住醫院治療之程度，則原告是否有住院之必要性，亦非無疑；因此被告主張：原告確實無住院必要性，亦非無據。

㈢就兩造於簽屬同意書之部分：

⑴原告另以：兩造於107年6月4日簽屬同意書，分別就頸椎、腰椎各個部位之手術次數為理賠約定，就頸椎、腰椎各個部位高頻熱凝療法手術保險金，分別就頸椎、腰椎等各部位，均為每年各給付四次等語，以為主張。

⑵雙方所簽署同意書記載略以：「茲與台灣人壽保險股份有限公司（下稱台灣人壽）就要保人暨被保險人于群福所投保之第0000000000號保險及其附約，因頸椎及腰椎椎間盤突出分別於106年9月4日、106年11月21日及107年1月8日住院接受高頻熱凝療法，所提之理賠申請，雙方達成協議，同意保險契約依下列方式辦理：…二、經台灣人壽解說，立書人已了解，按臨床醫學合理療程，高頻熱凝療法可於門診為之，且施行效果至少得維持六個月（參考財團法人金融消費評議中心評議書第106年評字第001106號及106年評字第001108號判決）。然基於嘉惠保戶立場，台灣人壽同意自被保險人106年9月4日起（含），因高頻熱凝療法所致醫療保險金給付，每年以四次給付為上限。」等語，有上揭同意書在卷可按（卷第181頁）。

⑶而依照同意書所記載之內容以觀，雙方係對於「因高頻熱凝

療法所致醫療保險金給付，每年以四次給付為上限」而為補充約定，亦即就系爭保險契約原本約定之內容，係就請領保險理賠次數之部分，雙方達成「每年以四次給付為上限」之協議，而約定作為系爭保險契約修正之約定，但該同意書所未達成修改系爭保險契約之部分，即應該依照系爭保險契約約定之內容作為規範，亦即就請領保險金給付之要件部分，仍應依據雙方原來之保險契約之約定記載為準，該份同意書並無變更原來保險契約請領保險金之要件及程序，但是，本件既有非符合系爭保險契約約定要件之情形，已如前述，即無從依系爭保險契約為主張，更無從以同意書作為主張之依據，應可確定。

⑷況且，該同意書係以「施行效果至少得維持六個月」之醫療效果為前提，而以維持六個月以上效果之情形以觀，一年期間需要之次數並未達二次，因此同意書所記載「因頸椎及腰椎椎間盤突出…每年以四次給付為上限」，係以頸椎椎間盤突出2次，腰椎椎間盤突出2次作為計算，方符合同意書之真意，否則，若以原告所主張頸椎椎間盤突出、腰椎椎間盤突出各4次，則將致使施行效果僅有3個月之結果，此顯與醫療常規不相吻合，故此部分應以被告答辯主張，始乃為符合雙方保險契約之文義解釋方法，原告主張頸椎腰椎各個部位每年以4次給付為上限等語，顯非足採，併此敘明。

四、綜上所述，本件原告罹患之「腰椎椎間盤突出」、「頸椎椎間盤突出」並無進行「高頻熱凝療法」手術及住院治療之必要性，因此原告主張分別於①105年12月5日、②105年12月31日、③106年2月13日、④106年3月20日、⑤106年4月17日、⑥106年6月19日、⑦106年9月4日、⑧106年11月21日、⑨107年1月7日、⑩107年4月30日、⑪107年9月10日、⑫107年11月5日接受共12次高頻熱凝療法手術治療，並依兩造於107年6月4日簽屬同意書據以請求被告給付原告1,071,911元，及其中701,363元自107年8月15日起，其中140,365元自107年7月29日起，其中122,526自107年10月4日起，其中10

7,657元自107年11月25日起，均至清償日止按週年利率10%計算之利息等部分，均無理由，應予以駁回。又原告之訴既經駁回，其假執行聲請亦乏所據，爰併予駁回之。

五、本件事證已臻明確，兩造其餘攻擊防禦方法及證據，經本院斟酌後，認為均不足以影響本判決之結果，爰不一一論述，附此敘明。

六、據上論結，原告之訴為無理由，爰依民事訴訟法第78條，判決如主文。

中　　華　　民　　國　　110　　年　　12　　月　　29　　日

民事第一庭　　法　官　蘇嘉豐

以上正本係照原本作成。

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　　110　　年　　12　　月　　29　　日

書記官　陳靜