

臺灣臺北地方法院民事判決

113年度保險字第116號

原告 朱晏麟

訴訟代理人 潘心瑀律師

被告 南山人壽保險股份有限公司

法定代理人 尹崇堯

訴訟代理人 吳涵晴律師

上列當事人間請求給付保險金事件，本院於民國115年2月10日言詞辯論終結，判決如下：

主 文

- 一、被告應給付原告新臺幣肆拾陸萬貳仟元，及其中新臺幣貳拾萬柒仟元自民國一百一十三年六月十一日起至清償日止，其中新臺幣貳拾伍萬伍仟元自民國一百一十三年七月十四日起至清償日止，均按週年利率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四分之三，餘由原告負擔。
- 四、本判決得假執行；但被告以新臺幣肆拾陸萬貳仟元為原告預供擔保，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：訴外人即原告之母林惠枝前以自己為要保人、原告為被保險人，於民國101年6月13日向被告投保主契約「南山人壽真安心手術醫療終身保險」、附加契約為「南山人壽住院醫療保險附約」（下稱系爭附約1）、「南山人壽住院費用給付保險附約」（下稱系爭附約2）（保單號碼：Z000000000，下合稱系爭保險契約1），原告另於106年5月29日以自己為要保人及被保險人向被告投保「南山人壽新終身醫療保險」（保單號碼：Z000000000，下稱系爭保險契約2）。嗣原告經維德醫療社團法人基隆維德醫院（下稱維德醫院）診斷患有「重度憂鬱症」，於112年12月14日至113年

01 1月31日住院治療計49日（下稱系爭第1段住院期間），復於
02 113年3月25日至113年5月21日住院治療計58日（下稱系爭第
03 2段住院期間），是依系爭附約1第13條約定、系爭附約2第
04 14條約定、系爭保險契約2第8條、第11條約定，被告應按原
05 告住院日數給付「住院日額保險金」及「出院療養保險
06 金」，共應給付保險金新臺幣（下同）576,000元（計算式
07 詳如附表原告主張保險金計算式欄所示），被告分別於113
08 年6月11日、113年7月14日拒絕系爭第1段住院期間、系爭第
09 2段住院期間之保險金。爰依系爭附約1第13條約定、系爭附
10 約2第14條約定、系爭保險契約2第8條、第11條約定及保險
11 法第34條第2項規定，提起本件訴訟等語，並聲明：(一)被告
12 應給付原告576,000元，及其中261,000元自113年6月11日起
13 至清償日止，其中315,000元自113年7月14日起至清償日
14 止，均按週年利率10%計算之利息。(二)願供擔保請准宣告假
15 執行。

16 二、被告則以：關於系爭保險契約1、系爭保險契約2所指「住
17 院」解釋，應按最大誠信契約，排除實際上無住院必要之情形，且「住院必要性」之認定，解釋上應以具有相同專業醫師於相同情形通常會診斷具有住院必要性始符合。原告於系爭第1段住院期間乃主動提出意願，經醫師同意才入院，於系爭第2段住院期間則是未按時回診及服藥，原告主動提出住院需求才經醫師安排入院，且上開2次住院期間，依護理紀錄原告精神可自控、外觀合宜、思考連貫、言談切題、偶有幻聽主訴但不影響日常生活，僅因原告服藥欠缺主動性而於住院期間給予按時服藥之護理照顧。再者於系爭第1段住院期間原告主動請假外出12次，系爭第2段住院期間亦主動請假外出15次，請假原因僅為外出吃飯、有事外出，原告顯無住院之必要性。縱認原告上開2次入院治療具有住院之必要性，原告於住院期間請假外出部分並無住院之必要性，應予扣除系爭第1段住院期間請假外出12日、系爭第2段住院期間請假外出15日等語，資為抗辯，並聲明：(一)原告之訴及假

01 執行之聲請均駁回。(二)如受不利判決，願供擔保請准宣告免
02 為假執行。

03 三、兩造不爭執之事項（見本院卷(二)第383頁，並依判決格式修
04 正文句）：

05 (一)原告有以其母親林惠枝為要保人、原告為被保險人向被告投
06 保系爭保險契約1（保單號碼：Z000000000）。

07 (二)原告有以自己為要保人及被保險人向被告投保系爭保險契約
08 2（保單號碼：Z000000000）。

09 (三)原告於112年12月14日至113年1月31日有至維德醫院住院
10 （即系爭第1段住院期間）。

11 (四)原告於113年3月25日至113年5月21日有至維德醫院住院（即
12 系爭第2段住院期間）。

13 (五)被告有於113年6月11日告知原告就其申請系爭第1段住院期
14 間之保險金為拒絕給付。

15 (六)被告有於113年7月14日告知原告就其申請系爭第2段住院期
16 間之保險金為拒絕給付。

17 四、本院之判斷：

18 本件兩造爭執之點，應在於：(一)就原告系爭第1段住院期間
19 及系爭第2段住院期間之住院治療，是否符合系爭附約1第2
20 條、系爭附約2第2條、系爭保險契約2第2條第8款之「住
21 院」約定？(二)若是，則原告依系爭附約1第13條約定、系爭
22 附約2第14條約定、系爭保險契約2第8條、第11條約定及保
23 險法第34條第2項規定，請求被告給付保險金本息，有無理
24 由？如有，金額為若干？茲分述如下：

25 (一)就原告系爭第1段住院期間及系爭第2段住院期間之住院治
26 療，符合系爭附約1第2條、系爭附約2第2條、系爭保險契約
27 2第2條第8款之「住院」約定，理由如下：

28 1.依系爭附約1第2條及系爭附約2第2條均約定：「本附約所稱
29 『住院』係指被保險人經醫師診斷其疾病或傷害必須入住醫
30 院，且正式辦理住院手續並確實在醫院接受治療者。」（見
31 本院卷(一)第19頁、第25頁），系爭保險契約2第2條第8款則

01 約定：「住院，係指被保險人經『醫師』診斷其『疾病』或
02 『傷害』必須入住『醫院』，且正式辦理住院手續並確實在
03 『醫院』接受診療者。但不包括全民健康保險法第五十一條
04 所稱之日間住院及精神衛生法第三十五條所稱之日間留院」
05 （見本院卷(一)第35頁），是以，被保險人即原告因疾病或傷
06 害需有住院必要並確實在醫院接受診療之期間，始得依約請
07 領保險金。

08 2.又原告主張上開約定就「住院」定義，解釋上僅需經實際診
09 療醫師診斷其疾病或傷害必須入院，且正式辦理住院手續，
10 並確實在醫院接受治療即可，未限制須相同專業醫師於一般
11 客觀情形上，就相同情形為診斷認為有住院必要性始屬之，
12 為被告所否認。惟按解釋意思表示，應探求當事人之真意，
13 不得拘泥於所用之辭句；又保險契約之解釋，應探求契約當
14 事人之真意，不得拘泥於所用之文字；如有疑義時，以作有
15 利於被保險人之解釋為原則，民法第98條、保險法第54條第
16 2項分別定有明文。次按保險契約為定型化契約，被保險人
17 鮮能依其要求變更契約之約定，惟保險制度係為分散風險，
18 在對價衡平原則下、經保險主管機關核定之費率、保險條款
19 作為保險契約內容銷售與被保險人，其擬定具有高度之技術
20 性。是於保險契約之解釋，應本諸保險之本質及機能為探
21 求，並注意誠信、公平原則之適用，倘有疑義時，始為有利
22 於被保險人之解釋（保險法第54條第2項參照）（最高法院
23 102年度台上字第2211號、113年度台上字第213號民事判決
24 意旨參照）。準此，保險法第54條第2項固參酌民法第98條
25 之意旨及保險契約之特質，明定保險契約有疑義時，應作有
26 利於被保險人之解釋，惟保險制度係利用大數法則分散風
27 險，於保險公司之專業精算下，藉由承擔社會共同團體之共
28 同風險，在對價衡平原則下，經主管機關核定費率、保險單
29 條款，銷售保單收取保費，並對發生保險事故之被保險人給
30 付保險金。因此，保險費之費率及承保範圍之對價性，均係
31 經由專業之精算程序及主管機關所核准。保險人不可能承擔

01 漫無限制危險，唯有經限定之危險方屬保險人所承擔，要保
02 人所給付保費抑或理賠基礎之採擷，均與保險人所承擔危險
03 成一對價關係，並於保險期間維持平衡狀態。是保險契約乃
04 基於危險共同體與保險制度本質而生，保險人身兼危險團體
05 管理者之角色，亦應顧及其他危險共同體成員之整體利益，
06 因此疑義不利保險人解釋原則仍應基於保險本質及機能為探
07 求，並注意誠信、公平原則而為適用，如透過文義及論理詳
08 為推求，契約所欲達成之締約目的已臻明確，即無必要捨文
09 義而過度或擴張為有利於被保險人之釋疑，否則即有曲解保
10 險法第54條第2項之立法目的及精神。又按保險契約所謂

11 「經醫師診斷，必須入住醫院診療時」，應排除實際上無住
12 院治療必要之情形，始符合契約本旨（最高法院106年度台
13 上字第2532號民事裁定意旨參照）。準此，系爭附約1第2條
14 及系爭附約2第2條、系爭保險契約2第2條第8款關於「住
15 院」約定之「經醫師診斷其疾病或傷害必須入住醫院」之意
16 義，解釋上自不應僅以實際治療之醫師認定「有住院必要
17 性」即可，而應認以具有相同專業醫師於相同情形通常會診
18 斷具有住院之必要性者始屬之。

19 3.經查，本院就原告系爭第1段住院期間、系爭第2段住院期間
20 該2次住院必要性乙節，送請國立成功大學醫學院附設醫院
21 （下稱成大醫院）為鑑定，有關原告2次住院診療之診斷結
22 果略以：系爭第1段住院期間，根據維德醫院病歷摘要記
23 載，原告因睡眠易中斷及早醒、心情焦慮低落、負向思考、
24 及自傷意念而住院治療，病程紀錄則記載原告白天躺在床上、
25 起床仍會累。系爭第2段住院期間，根據維德醫院病歷
26 摘要記載，原告因1天睡2小時、心情焦慮低落、食慾差體重
27 下降10公斤、負向思考、自傷意念而住院治療，臨床上精神
28 科醫師會收集來自病患自述，以及門診觀察之佐證資訊，後
29 依照DSM-5-TR精神疾病診斷準則手冊之診斷準則判斷，原告
30 就系爭第1段住院期間、系爭第2段住院期間各符合5項症
31 狀，故推論原告住院治療之診斷，符合臨床上憂鬱症診斷標

01 準等語，有成大醫院於114年10月30日出具之成附醫鑑1194
02 號病情鑑定報告書（下稱系爭鑑定報告書）在卷可查（見本
03 院卷(二)第301至302頁），依上可認原告就上開2次住院治
04 療，依一般醫療常規，於相同情形通常會診斷具有住院之必
05 要性無訛。

06 4.被告雖抗辯原告無住院之必要性等語，惟上開鑑定內容已詳
07 述系爭第1段住院期間、系爭第2段住院期間均係經由精神科
08 醫師，基於上開診斷基準為專業判斷原告有住院之必要性，
09 顯非僅因原告主動提出住院意願即安排住院。再者，原告雖
10 於系爭第1段住院期間、系爭第2段住院期間有多次請假外出
11 之情形，然原告各次請假外出均經醫師同意後始外出，並均
12 於4小時內即返院，有原告之維德醫院護理紀錄附卷可查
13 （見本院卷(一)第133至169頁），且就原告於系爭第1段住院
14 期間、系爭第2段住院期間請假外出部分，依成大醫院鑑定
15 內容略以：依照一般醫療常規及臨床治療實務，住院患者第
16 一週病情不穩，少見醫師同意外出，自第二週開始，各醫療
17 院所依據其院內管理規則自行訂定請假次數上限，從住院2
18 次到每週2次不等，原告於系爭第1段住院期間、系爭第2段
19 住院期間，請假均自第2週開始，每週均未超過2次，符合上
20 述常規，然而，原告請假之累積次數超過一般收治住院情
21 形，請假事由多數亦非全民健康保險醫療辦法第13條規定之
22 「特殊事故必須離院」…原告於住院期間所接受之治療內容
23 包含藥物治療、支持性心理治療、職能治療、行為治療、和
24 心理衡鑑，符合臨床醫療常規。…原告請假外出一事，以一
25 般醫療常規而言，屬於治療、評估病患恢復方法之一等語，
26 有系爭鑑定報告書附卷可參（見本院卷(二)第303至304頁），
27 可見適當的請假外出屬於治療及評估病患恢復之方法，且原
28 告請假外出之次數均符合醫療院所規範每週2次之限制，尚
29 難僅憑原告有請假外出乙節，逕認原告就系爭第1段住院期
30 間、系爭第2段住院期間之住院治療並無必要性，是被告上
31 開所辯，自難可採。

01 (二)原告依系爭附約1第13條約定、系爭附約2第14條約定、系爭
02 保險契約2第8條、第11條約定，請求被告給付保險金
03 462,000元，應屬有據，逾此部分則屬無據，理由如下：

04 1.原告主張系爭第1段住院期間及系爭第2段住院期間，無須扣
05 除住院日數而均有住院必要性，為被告所否認。依成大醫院
06 鑑定內容略以：…請假外出適應多為住院治療中期之後的評
07 估方法，若多次外出均無異狀，以一般醫療常規而言，應當
08 安排出院…綜觀原告住院期間，原告之出院似乎全憑原告之
09 主觀判斷而定，並隨原告之要求而即刻出院；且考慮到系爭
10 第1段住院期間、系爭第2段住院期間，原告在出院前一天均
11 請假外出，推測原告多住一天並無住院治療之必要性；由此
12 推論，原告在後期之住院期間，恐無住院治療之必要性…系
13 爭第1段住院期間，根據護理紀錄記載，原告最晚至1月23日
14 前仍有幻聽干擾，故評估1月23日前之住院，尚符合常規；
15 系爭第2段住院期間，根據護理紀錄記載，原告最晚至5月12
16 日前仍有幻聽干擾睡眠，故評估5月12日前之住院，尚符合
17 常規。然而依臨床實務經驗，精神病房住院個案於情緒及睡
18 眠等情形穩定後，會依病情多觀察數天，以確認其情緒穩定
19 度並銜接出院後生活，利於個案回歸社區後使用合宜的情緒
20 調節策略，減少病情復發，是故亦難謂113年1月23日至113
21 年1月31日，及113年5月12日至113年5月21日之住院治療不
22 符合常規等語，有系爭鑑定報告書在卷可參（見本院卷(二)第
23 303至306頁），互核原告於系爭第1段住院期間及系爭第2段
24 住院期間每次請假外出紀錄後返院均無特別異狀等情，有原
25 告維德醫院之護理紀錄附卷可證（見本院卷(一)第125至169
26 頁），可見原告就系爭第1段住院期間及系爭第2段住院期間
27 之入住雖有住院必要性，且依上開鑑定報告意旨可知，系爭
28 第1段住院期間、系爭第2段住院期間分別至113年1月22日、
29 113年5月11日因原告仍有幻聽干擾症狀，堪認系爭第1段住
30 院期間自112年12月14日至113年1月22日止，系爭第2段住院
31 期間則自113年3月25日至113年5月11日止，均尚有住院治療

01 之必要性。惟就系爭第1段住院期間之113年1月23日至113年
02 1月31日部分，及系爭第2段住院期間之113年5月12日至113
03 年5月21日部分，依醫療常規雖可觀察數天，以確認情緒穩
04 定度等作法，但互參原告請假外出次數及返院狀況並無異狀
05 等紀錄，應毋庸再為觀察確認，足認原告系爭第1段住院期
06 間自113年1月23日起、系爭第2段住院期間自113年5月12日
07 起已無住院之必要性，而可出院，準此，就系爭第1段住院
08 期間，原告請求自112年12月14日至113年1月22日之保險
09 金，系爭第2段住院期間原告請求自113年3月25日至113年5
10 月11日之保險金，應屬可採，逾此期間部分請求，則屬無
11 據。

12 2.系爭保險契約1之住院日額保險金：

13 (1)依系爭附約1第13條約定：「被保險人於本附約有效期間內
14 因第二條約定之疾病或傷害住院診療或未住院但於急診室醫
15 療超過六小時（含）以上時，本公司依本附約約定給付保險
16 金。」、系爭附約2第14條約定：「被保險人依第十三條之
17 約定而『住院』診療時，本公司按下列約定，給付『住院日
18 額保險金』。一、被保險人同一次『住院』之『住院日數』
19 在三十日（含）以內者，按其實際『住院日數』，依所投保
20 單位之『每日保險金額』給付『住院日額保險金』。二、被
21 保險人同一次『住院』之『住院日數』在三十一日至九十日
22 （含）以內者，就超過三十日部分，按其所投保單位之『每
23 日保險金額』的一·二五倍乘以超過部分實際『住院日
24 數』，加計第一款計算金額給付『住院日額保險金』。但應
25 扣除本公司已給付之住院日額保險金…」。是依上開約定，
26 系爭保險契約1有關係爭附約1、系爭附約2原告可請求之住
27 院日額保險金，日額於30日內為每日4,000元，31日起至90
28 日內為每日4,500元（詳如附表適用之保險契約約定欄所
29 示），被告對此亦不爭執（見本院卷(二)第4頁），堪以認
30 定。

31 (2)是以，就系爭第1段住院期間原告可請求之112年12月14日至

01 113年1月22日共40日，可請求住院日額保險金165,000元
02 (計算式：4,000元×30日+4,500元×10日=165,000元)，就
03 系爭第2段住院期間原告可請求之113年3月25日至113年5月
04 11日共48日，可請求住院日額保險金201,000元(計算式：
05 4,000元×30日+4,500元×18日=201,000元)。

06 3.系爭保險契約2之住院日額保險金及出院療養保險金：

07 (1)系爭保險契約2第8條約定：「住院日額保險金之給付 被保
08 險人於本契約有效期間內，因第七條之約定而『住院』診療
09 時，本公司按其實際『住院日數』依下列約定給付『住院日
10 額保險金』：一、被保險人同一次『住院』之『住院日數』
11 在三十日(含)以內者，按其『住院日數』乘以『單位日
12 額』給付『住院日額保險金』。二、被保險人同一次『住
13 院』之『住院日數』在三十一日(含)以上至九十日(含)
14 者，按下列二目計得金額之總和給付『住院日額保險金』：
15 (一)前三十日(含)部分，依第一款約定方式計算。
16 (二)自第三十一日起，按其超過第三十日之『住院日數』
17 乘以『單位日額』的二倍計算」。另依系爭保險契約2第11
18 條約定：「出院療養保險金之給付 被保險人於本契約有效
19 期間內，因第七條之約定而『住院』診療時，於其出院後，
20 本公司依其投保之『單位日額』的百分之五十乘以實際『住
21 院日數』給付『出院療養保險金』」。依上開約定，系爭保
22 險契約2原告可請求之住院日額保險金，日額於30日內為每
23 日600元，31日起至90日內為每日1,200元，出院療養保險金
24 則為每日300元(詳如附表適用之保險契約約定欄所示)，
25 被告對此亦不爭執(見本院卷(二)第4頁)，堪以認定。

26 (2)是以，就系爭第1段住院期間原告可請求之112年12月14日至
27 113年1月22日共40日，可請求住院日額保險金為30,000元
28 (計算式：600元×30日+1,200元×10日=30,000元)、出院
29 療養保險金為12,000元(300元×40日=12,000元)，就系爭
30 第2段住院期間原告可請求之113年3月25日至113年5月11日
31 共48日，可請求住院日額保險金39,600元(計算式：600元

01 x30日+1,200元×18日=39,600元)、出院療養保險金為
02 14,400元(300元×48日=14,400元)。

03 4.綜上,原告本件得請求之保險金合計為462,000元(計算
04 式:165,000元+201,000元+30,000元+12,000元+39,600
05 元+14,400元=462,000元)。逾此範圍之請求,為無理由,
06 不應准許。

07 (三)原告得請求遲延利息:

08 1.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
09 限內給付賠償金額。無約定期限者,應於接到通知後15日內
10 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
11 內為給付者,應給付遲延利息年利一分,保險法第34條定有
12 明文。

13 2.查原告就系爭第1段住院期間部分向原告請求給付保險金,
14 經被告於113年6月11日拒絕給付,另原告就系爭第2段住院
15 期間部分向原告請求給付保險金,則經被告於113年7月14日
16 拒絕給付等情,此為兩造所不爭執(兩造不爭執之事項(五)、
17 (六)),遲延利息應分別自113年6月11日、113年7月14日起算
18 等情,亦為被告所不爭執(見本院卷(一)第174頁)。從而,
19 就系爭第1段住院期間,原告得請求保險金207,000元(計算
20 式:165,000元+30,000元+12,000元=207,000元)自113年
21 6月11日起至清償日止,按週年利率10%計算之利息,另就
22 系爭第2段住院期間,原告得請求保險金255,000元(計算
23 式:201,000元+39,600元+14,400元=255,000元)自113年
24 7月14日起至清償日止,按週年利率10%計算之利息。

25 五、綜上所述,原告依系爭附約1第13條約定、系爭附約2第14條
26 約定、系爭保險契約2第8條、第11條約定及保險法第34條第
27 2項規定,請求被告給付462,000元,及其中207,000元自113
28 年6月11日起至清償日止,其中255,000元自113年7月14日起
29 至清償日止,均按週年利率10%計算之利息,為有理由,應
30 予准許。逾此範圍之請求,則無理由,應予駁回。

31 六、兩造均陳明願供擔保聲請宣告假執行或免為假執行,經核與

01 規定相符，經核原告勝訴部分，所命給付金額未逾50萬元，
 02 應依民事訴訟法第389條第1項第5款職權宣告假執行，被告
 03 聲請宣告免為假執行，核無不合，爰依民事訴訟法第392條
 04 第2項規定，酌定相當之擔保金額准許之。至原告敗訴部分
 05 之訴既經駁回，其假執行之聲請亦失所附麗，併予駁回。

06 七、本件事證已臻明確，兩造其餘之攻防方法及所提證據，經本
 07 院斟酌後，核與判決結果不生影響，爰不予逐一論駁，併此
 08 敘明。

09 八、訴訟費用負擔之依據：民事訴訟法第79條。

10 中 華 民 國 115 年 3 月 17 日

11 民事第七庭 法官 黃靖嵐

12 以上正本係照原本作成。

13 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
 14 委任律師提起上訴者，應一併繳納上訴審裁判費。

15 中 華 民 國 115 年 3 月 17 日

16 書記官 林芯瑜

17 附表：（時間：民國/幣別：新臺幣）

編號	請求項目	住院期間及天數	適用之保險契約約定	原告主張保險金計算式	本院認定保險金之計算式
1	系爭第1段 住院期間之 住院日額保 險金、出院 療養保險金	112年12月14日至 113年1月31日 (合計49日)	(一)住院日額保險金 【前30日】 1.系爭保險契約1共計 每日4,000元： (1)系爭附約1：每日 2,000元 (2)系爭附約2：每日 2,000元 2.系爭保險契約2：每 日600元 【第31日起】 1.系爭保險契約1共計 每日4,500元： (1)系爭附約1：每日 2,000元 (2)系爭附約2：每日 2,500元 2.系爭保險契約2：每 日1,200元 (二)出院療養保險金 系爭保險契約2：每日 300元	(一)住院日額保險金 【前30日】 1.系爭保險契約1：30日 ×4,000元=120,000元 2.系爭保險契約2：30日 ×600元=18,000元 【第31日起(共19日)】 1.系爭保險契約1：19日 ×4,500元=85,500元 2.系爭保險契約2：19日 ×1,200元=22,800元。 【小計】 1.系爭保險契約1： 205,500元(計算式： 120,000元+85,500元 =205,500元) 2.系爭保險契約2： 40,800元(計算式： 18,000元+22,800元 =40,800元) (二)出院療養保險金 系爭保險契約2： 49日×300元=14,700元 (三)小計： 261,000元(計算式： 205,500元+40,800元+ 14,700元=261,000元)	具住院必要性之期間：112年12月14日 至113年1月22日(共40日)： (一)住院日額保險金 【前30日】 1.系爭保險契約1：30日×4,000元 =120,000元 2.系爭保險契約2：30日×600元 =18,000元 【第31日起(共10日)】 1.系爭保險契約1：10日×4,500元 =45,000元 2.系爭保險契約2：10日×1,200元 =12,000元。 【小計】 1.系爭保險契約1：165,000元(計算 式：120,000元+45,000元=165,000 元) 2.系爭保險契約2：30,000元(計算 式：18,000元+12,000元=30,000 元) (二)出院療養保險金 系爭保險契約2： 40日×300元=12,000元 (三)小計： 207,000元(計算式：165,000元+ 30,000元+12,000元=207,000元)

2	系爭第2段 住院期間之 住院日額保 險金、出院 療養保險金	113年3月25日至 113年5月21日 (合計58日)	(一)住院日額保險金 【前30日】 1.系爭保險契約1共計 每日4,000元： (1)系爭附約1：每日 2,000元 (2)系爭附約2：每日 2,000元 2.系爭保險契約2：每 日600元 【第31日起】 1.系爭保險契約1共計 每日4,500元： (1)系爭附約1：每日 2,000元 (2)系爭附約2：每日 2,500元 2.系爭保險契約2：每 日1,200元 (二)出院療養保險金 系爭保險契約2：每日 300元	(一)住院日額保險金 【前30日】 1.系爭保險契約1：30日 $\times 4,000$ 元=120,000元 2.系爭保險契約2：30日 $\times 600$ 元=18,000元 【第31日起(共28日)】 1.系爭保險契約1：28日 $\times 4,500$ 元=126,000元 2.系爭保險契約2：28日 $\times 1,200$ 元=33,600元 【小計】 1.系爭保險契約1： 246,000元(計算式： $120,000$ 元+ $126,000$ 元 $=246,000$ 元) 2.系爭保險契約2： 51,600元(計算式： $18,000$ 元+ $33,600$ 元 $=51,600$ 元) (二)出院療養保險金 系爭保險契約2： 58 日 $\times 300$ 元=17,400元 (三)小計： 315,000元(計算式： $246,000$ 元+ $51,600$ 元+ $17,400$ 元=315,000元)	具住院必要性之期間：113年3月25日 至113年5月11日(共48日)： (一)住院日額保險金 【前30日】 1.系爭保險契約1：30日 $\times 4,000$ 元 $=120,000$ 元 2.系爭保險契約2：30日 $\times 600$ 元 $=18,000$ 元 【第31日起(共18日)】 1.系爭保險契約1：18日 $\times 4,500$ 元 $=81,000$ 元 2.系爭保險契約2：18日 $\times 1,200$ 元 $=21,600$ 元 【小計】 1.系爭保險契約1：201,000元(計算 式： $120,000$ 元+ $81,000$ 元=201,000 元) 2.系爭保險契約2：39,600元(計算 式： $18,000$ 元+ $21,600$ 元=39,600 元) (二)出院療養保險金 系爭保險契約2： 48 日 $\times 300$ 元=14,400元 (三)小計： 255,000元(計算式： $201,000$ 元+ $39,600$ 元+ $14,400$ 元=255,000元)
總計			576,000元	462,000元	