

臺灣桃園地方法院民事判決

113年度保險字第8號

原告 林秀甘

訴訟代理人 陳文祥律師

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

張哲銘

上列當事人間請求給付保險理賠金事件，於民國114年3月18日辯論終結，本院判決如下：

主 文

一、被告應給付原告新臺幣4萬4,000元及自民國112年8月6日起至清償日止，按週年利率10%計算之利息。

二、原告其餘之訴駁回。

三、訴訟費用由被告負擔100分之3，餘由原告負擔。

四、本判決第一項得假執行。但如被告以新臺幣4萬4,000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、原告方面：

(一)緣原告前以自己為要保人、被保險人，分別於民國89年5月29日向被告投保「住院醫療終身健康保險」(保單號碼：0000000000號，保險金額為新臺幣(下同)1,000元，下稱系爭保單一)；及於97年6月23日向被告投保「新鍾情終身壽險」(保單號碼：0000000000號)，並附加全心住院日額保險附約(保險金額為1,000元，下稱系爭附約)；再於98年7月13日向被告投保「安心保住院醫療終身保險」(保單號碼：0000000000號，保險金額1,000元，下稱系爭保單二，與系爭保單一、系爭附約合稱系爭三份保單)。

01 (二)嗣原告因腦出血、末期腎臟病、腦血管疾病後遺症併左肢體
02 偏癱、血脂肪異常等疾病，陸續於如附表一編號1至12所示
03 期間分別至桃園長庚醫院、三軍總醫院松山分院、屏東基督
04 教醫院、羅東聖母醫院住院治療。並於出院後檢具相關證明
05 向被告申請住院醫療保險金理賠(被告受理理賠時間詳如附
06 表一備註二所示)，大部分住院期間卻遭被告以：「非必要
07 住院」而拒絕理賠，僅有理賠部分天數(詳如附表一(5)所
08 示)，因被告此般處理之方式，業已嚴重侵害原告權益，原
09 告自難接受，原告為捍衛自身法律權益，不得已始提出本件
10 訴訟。

11 (三)再所謂「住院」，乃係指「被保險人經醫師診斷其疾病或傷
12 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
13 療者」。次按被保險人僅需確實經醫師診斷「必須入住醫
14 院」，且正式辦理住院手續在醫院接受治療，而持有醫院診
15 斷證明書，即可向保險公司請領保險金，系爭保約一、二及
16 附約並無尚需由其他機構為事後審認有住院必要之約定。
17 況所謂是否必須住院治療，該必要性之判斷，權屬於被保險
18 人所求診之醫師。本件原告因患有「腦出血、末期腎臟病、
19 腦血管疾病後遺症併左肢體偏癱、血脂肪異常」等疾病及症
20 狀，故至如附表一編號1至12所示醫院看診後，經由醫師建
21 議住院治療，原告並因而正式辦理住院手續住院治療，按照
22 系爭三份保單條款定義，原告因上述疾病，經各該醫院醫師
23 診斷，必須住院診療，並經正式辦理住院手續，又確實在醫
24 院接受治療，應無疑義。被告徒憑其公司內部專業顧問意
25 見，即認原告前開期間住院欠缺「住院必要性」，殊無可
26 採。

27 (四)依兩造間所成立之系爭保單一第11條第1項、系爭附約第11
28 條及系爭保單二第12條之約定，可知原告就同一次住院治療
29 在30日以內者，按「住院醫療保險金日額(本案為每日1,000
30 元)乘以被保險人實際住院日數，給付「住院醫療保險
31 金」，在31日以上者，則按被保險人投保之「住院整療保險

01 金日額(本案為每日1,000元)」的2倍乘以被保險人自第31日
02 以後的實際住院日數」。是被告就原告如附表一編號1至12
03 所示住院部分，應給付原告住院醫療保險金即為188萬4,000
04 元(依約可請求細目及總額詳如附表一備註三所示)。再依兩
05 造間所成立之系爭附約第17條及系爭保單二第17條之約定，
06 可知原告在出院後亦可比照住院請求金額之1/2即500元，按
07 住院日數請領出院療養保險金，是原告於如附表一編號1至1
08 2所示共計387日之住院期間，尚可請領38萬7,000元(依約可
09 請求細目及總額詳如附表一備註四所示)。故總計原告如附
10 表一編號1至12所示住院期間，原可向被告請領227萬1,000
11 元(1,884,000元+387,000元)，但被告只理賠部分住院日數
12 (詳如附表一(5)「被告已理賠日數及金額」欄，即附表一編
13 號4、6、7、10部分，共計16萬元，是原告自得再向被告請
14 求給付211萬1,000元(227萬1,000元-16萬元)。

15 (五)就原告如附表編號1至12所示部分，應各自原告出院翌日開
16 始起算保險理賠金之時效，故就編號1部分(111年2月12日至
17 111年3月26日)之時效即應自111年3月27日開始起算2年，則
18 原告於113年3月20日提起本案訴訟時，就此部分之請求並未
19 罹於時效消滅。

20 (六)並聲明：被告應給付原告211萬1,000元及如附表一(3)「原告
21 本案請求住院日數/金額/利息起算日」欄所示日期起至清償
22 日止，按週年利率10%計算之利息。訴訟費用由被告負擔。
23 願供擔保，請准宣告假執行。

24 二、被告方面：

25 (一)原告前確以自身為要保人及被保險人，而向被告投保系爭三
26 份保單，嗣原告自106年11月16日起即因末期腎臟病、出血
27 性腦中風事故併術後遺留左側肢體偏癱等症狀，持續於各家
28 醫院輾轉住院接受血液透析(即洗腎)、復健治療，迄今逾6
29 年以上之久，惟原告仍持續以前開慢性病症於全台各家醫院
30 跨縣市、密集住院並據向被告公司申領保險金(歷次住院情
31 形參附表二所示)。至被告雖不爭執原告確於如附表一編號1

01 至12期間在各醫療院所住院，然除就編號4部分有住院必要2
02 2日、就編號6部分有住院必要7日、就編號7部分有住院必要
03 3日、就編號10部分有住院8日以外，其餘各段期間之住院，
04 均為原告因末期腎臟病、左側肢體偏癱等慢性病症住院，並
05 無發生其他急需住院接受治療新症狀，且於住院期間僅係接
06 受可透過門診進行之復健、洗腎治療，顯不具住院必要性而
07 與系爭保單條款未符。

08 (二)依我國實務見解，保險制度旨在透過危險共同團體公平分擔
09 費用、分散風險，自須遵守最大善意及誠信原則，系爭三份
10 保單條款所訂之「經醫師診斷必須入住醫院診療」自應排除
11 實際上無住院治療必要之情形，始符契約本旨及保險制度旨
12 在分散無法預測風險之精神，倘被保險人並無住院必要，被
13 告公司當無給付保險金之責，以避免轉嫁不當風險予危險共
14 同團體所承擔。又保險制度旨在透過危險共同團體分散不可
15 預料之風險、公平負擔費用，為防止道德危險發生，保險契
16 約須遵守最大善意及誠信原則，倘故意促使保險事故發生，
17 違反最大善意原則，保險人當得拒卻責任解除契約。是原告
18 請求給付系爭住院保險金，除須住院接受診療外，尚須經醫
19 師診斷因疾病必須入院而有實際住院接受治療之必要，始可
20 謂具住院必要性；另請求給付出院療養保險金，尚須住院具
21 必要性且於住院後出院療養，是倘原告就系爭住院實際上並
22 無住院治療之必要，縱使被保險人以主觀選擇或醫師配合被
23 保險人主觀意願以促成住院條件成就，亦難認與系爭三份保
24 單契約本旨、保險契約之最大善意及誠信原則相符，原告即
25 不得向被告請求給付。

26 (三)是原告系爭住院主要係因其於106年腦中風事故伴隨左側肢
27 體偏癱後遺症、末期腎臟病等慢性病症而悖於醫囑於桃園長
28 庚醫院、三軍總松山分院交替跨縣市住院，更遠甚至宜蘭、
29 屏東醫院就診、住院，該等住院狀況顯有異常；再者，各次
30 輾轉住院過程除無其他急性症狀須住院治療外，原告於系爭
31 住院期間復大多僅接受可由門診進行之復健、洗腎及藥物治

01 療，並無住院之必要；況原告於106年發生腦中風事故，雖
02 遺留左側肢體偏癱後遺症，惟迄今已6年之久，早逾腦中風
03 半年黃金復健期，症狀早已固定，後續應僅就該等慢性症狀
04 透過門診或居家復健，並無住院復健之必要，且原告每次出
05 院後醫囑均為改門診追蹤，更可見原告病況穩定，無其他急
06 需入院治療急性症狀，實難認原告確有住院之必要。

07 (四)縱認原告主張有理由(假設語氣，否認之)，該保險理賠金
08 之請求時效係自保險事故發生時起算2年，且該部分給付為
09 日額給付，然原告於如附表編號1所示，自111年2月12日開
10 始住院至111年3月26日後，卻遲於113年3月20日始提起本案
11 訴訟，就111年2月12日至113年3月20日部分之請求顯逾保險
12 法第65條所定之2年時間，被告亦得主張時效抗辯而拒絕給
13 付。

14 (五)再就原告請求部分，縱屬有據，然依系爭保單二第21條所約
15 定，系爭保單第12至19條保險金(含住院醫療保險金、出院
16 療養保險金)給付總額上限為250萬元，被告公司就系爭保單
17 二截至114年3月11日止已給付原告保險金225萬250元，保單
18 帳戶餘額僅存24萬9,750元，倘原告就此部分請求金額逾上
19 開餘額時，被告公司即無給付之義務(參本院卷二第291頁、
20 292頁)。

21 (六)並聲明：1.原告之訴駁回。2.訴訟費用由原告負擔。3.如受
22 不利之判決，願供擔保請准免為假執行。

23 三、不爭執事項：

24 (一)原告前確以自己為要保人、被保險人，分別於89年5月29日
25 向被告投保「住院醫療終身健康保險」之系爭保單一，約定
26 每日住院保額為1,000元；及於97年6月23日向被告投保「新
27 鍾情終身壽險」，並附加全心住院日額保險附約之系爭附
28 約。約定每日住院保額為1,000元；再於98年7月13日向被告
29 投保「安心保住院醫療終身保險」之系爭保單二，亦約繳每
30 日住院保額為1,000元，有該保單契約附本院卷一第25頁至
31 第45頁可參。

01 (二)原告確在如附表一編號1至12所示期間，分別至各該醫療院
02 所住院，總計住院日數達387日等情，有原告所提出之診斷
03 證明書附本院卷一第47頁至第69頁可參。

04 (三)原告曾就其於109年9月10日至109年10月7日、109年10月8日
05 至109年11月5日及109年11月6日至109年12月3日住院部分向
06 被告申請理賠(詳如附表二編號2、3、4部分)，並經財團法
07 人金融消費評議中心於110年9月24日以109年度評字第1067
08 號評議書決定就原告之請求尚難為有利於原告之認定，有該
09 評議書附本院卷一第281頁至第287頁可參。

10 (四)原告確有如附表二編號11所示，自於106年11月16日發生出
11 血性腦中風事故後，至110年5月11日止，至各不同醫療院所
12 住院之情形，並有就部分住院期間是否得請領住院日額給付
13 部分，向本院提起民事訴訟部分，為原告所不爭執。

14 四、本院之判斷：參以兩造上開所陳，可知本案爭點應為：(一)原
15 告就附表一編號1至12所示住院，是否均具住院必要性？該
16 段期間所為之醫療行為，是否不得透過居家或門診治療？(二)
17 原告依系爭三份保單條款請求被告公司給付211萬1,000元
18 (包括住院醫療保險金176萬4,000元及出院療養保險金34萬
19 7,000元)及其遲延利息，有無理由？茲分述如下：

20 (一)原告就附表一編號1至12所示住院，是否均具住院必要性？
21 該段期間所為之醫療行為，是否不得透過居家或門診治療？

22 1.關於系爭三份保單所約定「住院」之解釋：

23 按解釋契約，固須探求當事人立約時之真意，不能拘泥於契
24 約之文字，但契約文字業已表示當事人真意，無須別事探求
25 者，即不得反捨契約文字而更為曲解。又保險契約皆為定型
26 化契約，被保險人鮮有依其要求變更契約約定之餘地；又因
27 社會之變遷，保險市場之競爭，各類保險推陳出新，保險人
28 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
29 結果，決定保險契約內容、承保範圍及締約對象，故於保險
30 契約之解釋，應本諸保險之本質及機能為探求，並應注意誠
31 信原則之適用，倘有疑義時，應為有利於被保險人之解釋，

01 以免保險人變相限縮其保險範圍，逃避應負之契約責任，獲
02 取不當之保險費利益，致喪失保險應有之功能，及影響保險
03 市場之正常發展。是查：

04 (1)參酌系爭保單一第4條第5項、第11條第1項，系爭附約第2條
05 第11項、第11條，系爭保單二第4條第5項、第12條係分別約
06 定：「本契約所稱『住院』係指被保險人因疾病或傷害，經
07 醫師診斷，必須入住醫院診療時，經正式辦理住院手續並確
08 實在醫院接受診療者」、「被保險人於本附約有效期間內因
09 疾病或傷害，而於醫院接受住院治療者，本公司按下列約定
10 之一給付『住院醫療保險金』：一、被保險人同一次住院治療
11 在30日以內者，本公司按被保險人之『住院醫療保險金日
12 額』乘以被保險人實際住院日數，給付『住院醫療保險
13 金』。二、被保險人同一次住院在31日以上者，則按下列二目
14 計得金額之總和給付『住院醫療保險金』：1. 前30日之部分
15 係按前款約定方式計算。2. 自第31日起，則按被保險人投保
16 之『住院醫療保險金日額』的2倍乘以被保險人自第31日以
17 後的實際住院日數。」；另系爭附約第12條第1項、系爭保
18 單2第17條第1項均約定：「被保險人於本附約有效期間內因
19 疾病或傷害，並於醫院住院後出院療養者，除住院日額醫療
20 保險金外，本公司另按該被保險人投保之『住院醫療保險金
21 日額』的2分之1乘以實際住院日數，給付『出院療養保險
22 金』」甚明。

23 (2)再按「保險制度之目的，在於避免因偶發事故所造成之經濟
24 上不安定，透過多數經濟單位之集合方式，並以合理之計算
25 為基礎，共釀資金，公平負擔，以分散風險，確保經濟生活
26 之安定。為防止道德危險之發生，保險契約自須遵守最大善
27 意原則及誠實信用原則（最高法院99年度台上字第731號判
28 決意旨參照）。是由上開保單內容，可見系爭三份保單對於
29 「住院」之定義雖僅有約定「因疾病或傷害」、「經醫師
30 診斷必須入住醫院診療」、「經正式辦理住院手續」、「
31 確實在醫院接受診療」等要件，惟所謂「經醫師診斷必須

01 入住醫院診療」，仍應排除「實際上無住院治療必要之情形」，始符合契約本旨，故若得以門診甚至居家方式為之的
02 復健、休養型態之住院，自難認住院接受復健及投藥之治療，係為改善疾病所應採取之必有且立即之治療措施，無法
03 認定符合住院必要性；甚至若係因病患個人主認知，或醫師配合病患之主觀意願而允許病患住院治療所為之醫療處置，
04 均難謂符合所謂「經醫師診斷必須入住醫院診療」之要件，然為兼顧「疑義有利於被保險人解釋」之原則，在住院必要性
05 無法明確證明時，自應認定為「被保險人有住院必要性」。
06
07
08
09
10

11 2.是查，參以原告就如附表一編號1至12所示之住院期間之診斷證明書、病歷資料，於形式上確符合「因疾病或傷害」、
12 「經醫師診斷必須入住醫院診療」、「經正式辦理住院手續」、「確實在醫院接受診療」等要件，此亦為被告所不爭執。
13 故此等情形，若在一般案件中，本應尊重診療醫院及醫師就住院必要性之判斷，不應再由其他鑑定機關或醫療院所
14 及司法機關介入此等必要性判斷之真實性。然自如附表一編號1至12所示之入院、出院時序觀之，原告住院之時程，幾乎
15 是不間斷，每次出院至再次住院間之時間甚短，甚至有甫出院即於同日再至其他醫院住院，或出院後數日即再次住院
16 之情形，且自111年2月12日至113年1月16日共計704日中，依原告之計算已有387日為住院期間，已超過704日之一半以上
17 之時間。況原告除向被告為本案請求外，其前亦有如附表二所示住院期間，並就附表二編號1至10部分住院期間向被告
18 為請求，且經本院111年度保險字第3號案(下稱另案一)、本院112年度保險字第6號案(下稱另案二)分別為裁判。而附表
19 二編號1至10所示第一次住院之入院日至最後一次住院之出院日期間共計490日(即自109年1月8日起至110年5月11日
20 止)，然其中亦有長達232日，原告均在住院中，以之再與本案上開住院期間綜合觀之，可知原告自109年1月8日起至110
21 年5月11日止及自111年2月12日至113年1月16日止，共計1,1
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31

01 94日之期間內，原告確有高達619日之時間均在住院中，其
02 住院之總日數及比例實在過高。甚者，原告自於106年11月1
03 6日發生出血性腦中風事故後，更是長期持續，幾乎不間斷
04 地在不同之醫療院所間住院(詳如附表二編號11所示)，且參
05 以原告就如附表一編號1至12所示住院期間之每次出院之醫
06 囑多為門診治療，而原告前後住院醫療院所復多為不同之情
07 形，則此等長期、反覆及連續住院情形乃原告每次住院之醫
08 療院所及診療醫師所無法單獨預見、亦非其等所須判斷之情
09 形，惟被告已否認該等住院之必要性，則自有司法審查介入
10 之必要，然縱為司法可加以審查，若無法判斷時，仍應就有
11 利於被保險人即原告之解釋為之，即認定原告有住院必要
12 性，則為必然。是原告主張關於本案之住院必要性僅能由原
13 住院診療醫院加以判斷，即無足採。

14 3.本院就附表一編號1至12各次住院必要性及原告就診情形函
15 詢就診醫院後，醫院回應如附表一(7)「住院醫療院所回覆意
16 見」欄所示。

17 4.經本院委請台大醫院鑑定附表二編號1至6、編號8至12原告
18 住院必要性，其鑑定及回覆意見為大致如下，有台大醫院11
19 3年12月17日校附醫秘字第1130905688號函、114年2月11日
20 校附醫秘字第1140900562號函及附件在卷可佐(本院卷二第
21 239頁至第242頁、第277頁至第279頁)：

22 (1)腦中風後的復健前三個月最重要，目前健保PAC也是給付三
23 個月。但中風後復健是終身的，可在門診或居家進行。

24 (2)依一般醫學常規及臨床經驗而言，血液透析治療，若病人無
25 合併嚴重急性疾病或症狀，可透過門診血液透析治療進行。

26 (3)本案請求部分之住院期間，編號1、3、4、9、11、12(鑑定
27 編號為1、2、4、9、10、12，已轉換為如附表一之編號)之
28 住院主要診療內容皆為住院復健，並於住院復健的期間接受
29 規則血液透析治療，依來函附件二之診斷書及出院病歷摘要
30 之紀錄，雖有長期下肢水腫、透析後無力、相對低血壓、貧
31 血、疼痛、低血鉀等情形，然住院過程中並未針對這些長期

01 慢性狀況安排特殊檢查或治療，而實際給予之輸血、調整脫
02 水量、紅血球生成素藥物、補充電解質、止痛藥物等治療皆
03 可於門診治療，按一般醫學常規及臨床經驗而言，當時之多
04 重內科疾病並無住院必要性。編號11(鑑定編號為2，已轉換
05 為如附表一之編號)之住院，病人同時有COVID-19之感染，
06 然其感染診斷當天即開立口服Paxlovid治療且當天隨即出
07 院，故依病歷紀錄判斷應無住院的需求。各段住院期間出院
08 後再次入院時，依來函附件二之住院前主訴、病史記載及住
09 院診斷顯示，編號1、3、4、9、11、12之住院前並無發生其
10 他急症狀或突發狀況而有再次住院治療之必要。至於編號
11 2、5、6、8、10部分(原鑑定編號為3、5、7、8、11，已轉
12 換為如附表一之編號)有住院必要(原因及日數詳如附表一(8)
13 所示)。

14 (4)綜觀本次請求鑑定之部分，除前述各點說明之內科疾病狀況
15 外，主要住院內容皆為住院復健治療，此住院復健治療之必
16 要性，應由復健科專科醫師依當時臨床狀況判斷需安排住院
17 復健或者安排門診復健。綜合來說，病人長期洗腎，左側無
18 力，吞嚥困難在106年出血後就沒有恢復，依照病人或家屬
19 期待，住院當然比門診好，故無法斷定有無違反常規，但本
20 案長期住院已超過一般常態。

21 5.綜上，就附表一編號1至12所示之醫療院所雖均表示有住院
22 必要性，然住院的原因主要也多因原告具多重內科疾病問
23 題，並有不穩定之現象，故有積極監控及治療之必要。門診
24 追蹤無法提供上開每日內科疾病照護監控及積極復健治療之
25 功能與強度、住院係合全民健康保險與相關規定等，然若僅
26 為處理該內科疾病之問題，誠如上開鑑定結論所認應無住院
27 之必要，以門診治療或居家照護即可。惟若因有「需以手術
28 拔除透析管路(Perm-cathcatheter)及手術切除右側眉毛處
29 腫瘤」、「疑病人血液透析血管通路功能異常」、「原告左
30 頸腫脹懷疑血液透析血管通路阻塞」、「原告住院前之血液
31 透析血管通路功能不佳」、「病人住院前發生有胸痛及心律

01 不整，疑似冠心病或睡眠呼吸中止症的現象」等情形，因考
02 量原告行動不便，確宜以住院治療之方式為較妥適之醫療處
03 置，故本院認就此確有住院之必要(必要住院期間詳如附表
04 一2、5、6、7、8、10之(9)本院判斷欄所示)。

05 (二)原告依系爭三份保單條款請求被告公司給付211萬1,000元
06 (包括住院醫療保險金176萬4,000元及出院療養保險金34萬
07 7,000元)及其遲延利息，有無理由？

08 1.被告雖就附表一編號1之請求部分提出時效抗辯部分，然該
09 部分原告並無住院之必要，已如前述，則原告本不得請求被
10 告為任何給付，故本院毋庸再就該部分請求審酌是否已罹於
11 時效消滅，合先敘明。

12 2.再依兩造間所成立之系爭保單一第11條第1項、系爭附約第1
13 1條及系爭保單二第12條之約定，可知原告就同一次住院治
14 療在30日以內者，按「住院醫療保險金日額(本案為每日1,0
15 00元)乘以被保險人實際住院日數，給付「住院醫療保險
16 金」，在31日以上者，則按被保險人投保之「住院醫療保險
17 金日額(本案為每日1,000元)」的2倍乘以被保險人自第31日
18 以後的實際住院日數」。另依系爭附約第17條及系爭保單二
19 第17條之約定，可知原告在出院後亦可依住院日數請領每日
20 500元之出院療養保險金，是被告就編號2、5、8(關於編號
21 6、7、10部分，因被告已有給付超過或等於原告必要住院日
22 數，故不得再為請求)可請求之住院醫療保險金即為3萬3,00
23 0元(9,000元+9,000元+1萬5,000元=3萬3,000元)。就編號
24 2、5、8(關於編號6、7、10部分，同上所述)可請求出院療
25 養金為1萬1,000元(3,000元+3,000元+5,000元=1萬1,000
26 元)，合計共4萬4,000元(詳如附表一所示)，至就系爭保單
27 二所為之給付，並未超過被告所稱保單帳戶餘額24萬9,750
28 元，故被告仍有給付之義務，附此敘明。

29 五、未按保險人應於要保人或被保險人交齊證明文件後，於約定
30 期限內給付賠償金額，無約定期限者，應於接到通知後15日
31 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

01 限內為給付者，應給付遲延利息年利1分(即週年利率1
02 0%)，保險法第34條定有所明文。查原告就附表一編號2、
03 5、8之住院事實，已經陸續依附表一備註二所示日期向被告
04 檢附資料申請給付保險金，此亦被告所不爭執，故原告自得
05 就可請求之4萬4,000元，請求如附表三所示按週年利率10%
06 計算之利息。

07 六、綜上所述，原告依系爭三份保單請求被告給付4萬4,000元及
08 其利息，為有理由，應予准許。其餘部分為無理由，應予駁
09 回。本件原告勝訴部分，所命給付之金額未逾新臺幣50萬
10 元，依民事訴訟法第389條第1項第5款規定，應依職權宣告
11 假執行；又法院應依職權宣告假執行者，本毋庸原告為聲
12 請，若原告仍聲請願供擔保宣告假執行者，該聲請僅具督促
13 法院職權發動之效力，爰不另為供擔保之諭知；另被告就此
14 部分聲請供擔保免為假執行，合於法律規定，並依同法第39
15 2條第2項規定，宣告被告如預供擔保，得免為假執行。至本
16 件原告敗訴部分，其所為假執行之聲請，因訴之駁回而失所
17 依據，併駁回之。

18 七、本件判決事證已明，兩造其餘攻擊防禦方法及舉證，核與判
19 決結果無影響，爰不另一一論述。

20 八、訴訟費用負擔之依據：民事訴訟法第79條。

21 中 華 民 國 114 年 4 月 14 日

22 民事第三庭 法 官 林靜梅

23 正本係照原本作成。

24 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
25 委任律師提起上訴者，應一併繳納上訴審裁判費。

26 中 華 民 國 114 年 4 月 14 日

27 書記官 黃卉好

28 附表一：

29

編 號	(1)住院期間	(2)住院醫院/ 住院日數	(3)原告本案 請求住院	(4)台大 認有	(5)被告已 理賠日	(6)本院認 合理必
--------	---------	------------------	-----------------	-------------	---------------	---------------

			日數 / 金額 / 利息 起算日	住院 必要 之日 數	數及金 額	要住院 日數
	(7)住院醫療院所回覆意見					
	(8)台大醫院鑑定意見					
	(9)本院判斷					
1	0000000- 0000000	桃園長庚/ 43日	43日/ 211,000元/ 0000000	0日	0日	無
	<p>桃園長庚醫院表示(參本院卷二第95頁)：</p> <p>一、依病歷所載，原告因腦出血開顱術後合併左側偏癱、構音吞嚥障礙、末期腎病、高血壓、心臟瓣膜病、雙側腎結石伴雙側腎積水、甲狀旁腺功能亢進術後及血脂異常等症，先後於111年2月12日至同年3月26日、111年7月1日至同年9月2日、111年10月7日至同年12月2日、112年6月8日至同年7月19日、112年9月27日至同年10月21日及112年12月20日至113年1月16日期間，數度於本院住院接受內科疾病監控、藥物及每日復健治療與每週三次之透析治療。</p> <p>二、依醫學言，林君左半身無力偏癱情形復原進展緩慢，有每日積極接受復健治療之需求，且其具多重內科疾病問題，並有不穩定之現象，亦有積極監控及治療之必要。門診追蹤無法提供上開每日內科疾病照護監控及積極復健治療之功能與強度，始安排林君住院接受照護，有住院之適應症；而林君均係經照護後內科疾病相對穩定後安排出院。而臨床上病人之住院日數係由診治醫師視個案病情治療需要，依據臨床專業判斷決定，林君屬嚴重複雜合併症的患者，臨床確有多次接受住院照護之需求及適應症。</p>					
	<p>台大醫院鑑定結果(參本院卷二第241頁至第242頁)：並無住院之必要性。且各段住院期間出院後再次入院時，依來函附件二之住院前主訴、病史記載及住院診斷顯示，住院前並無發生其他急症狀或突發狀況而有再次住院治療之必要。</p>					
	<p>本院判斷：無住院必要。</p> <p>參桃園長庚醫院所出具之診斷證明書(參本院卷47頁)，可知該次住院之診斷為「腦出血」，此乃原告固有之病症，非新生之疾病，而該醫囑乃記載「原告住院後『接受復健及藥物治療』，出院續門診治療」，是</p>					

	以可認該等住院所接受之醫療行為，應可以門診復健及居家治療為之，再佐以上開鑑定結果，本院認原告確無住院之必要。					
2	0000000- 0000000	三總松山/ 28日	28日/ 196,000元/ 0000000	1至3日	0日	3日
<p>三軍總醫院松山分院表示(參本院卷二第13頁)：</p> <p>一、原告四次住院期間之就醫原因、出院原因、醫療處置行為均如病歷所載。</p> <p>二、原告住院問題請參考病歷過往回覆。</p> <p>三、該院病收療階合全民健康保險與相關規定。</p> <p>台大醫院鑑定結果(參本院卷二第241頁至第242頁)：該次住院前雖無發生其他急症狀或突發狀況，但住院期間病人需手術拔除透析管路(Permcathcatheter)及手術切除右側眉毛處腫瘤，鑑於病人行動不便，有住院治療的需求，合理住院日數為1到3天</p> <p>本院判斷：有住院必要，合理必要住院日數為3日。</p> <p>參三軍總醫院松山分院所出具之診斷證明書(參本院卷49頁)，可知該次住院之診斷為「慢性腎衰竭、倒置性毛囊角化症」，是參以該資料，因原告於住院期間除接受內科藥物治療外，另有接受「右鎖骨下洗腎導管移除手術及右眉腫瘤切除手術」，出院後則宜門診追蹤治療等情，再佐以原告之身體狀況，及上開鑑定意見，應可認確有住院之必要，住院日數以3日為適當。</p> <p>原告就此部分可請求住院醫療保險金：1,000×3日×3份=9,000元。</p> <p>原告就此部分可請求出院療養金：500×3日×2份=3,000元。</p> <p>合計原告可請求1萬2,000元及自112年8月6日起按週年利率10%計算之利息。</p>						
3	0000000- 0000000	桃園長庚/ 64日	64日/ 358,000元/ 0000000	0日	0日	無
<p>桃園長庚醫院表示(參本院卷二第95頁)：同編號1</p> <p>台大醫院鑑定結果(參本院卷二第241頁至第242頁)：並無住院之必要性。且各段住院期間出院後再次入院時，依來函附件二之住院前主訴、病史記載及住院診斷顯示，住院前並無發生其他急症狀或突發狀況而有再次住院治療之必要。</p> <p>本院判斷：無住院必要。</p>						

	參桃園長庚醫院所出具之診斷證明書(參本院卷51頁),可知該次住院之診斷為「腦出血併左側肢體運動功能障害」,此乃原告固有之病症,非新生之疾病,而該醫囑乃記載「原告住院後『接受復健及藥物治療』,出院續門診治療」,是以可認該等住院所接受之醫療行為,應可以門診復健及居家治療為之,再佐以上開鑑定結果,本院認原告確無住院之必要					
4	0000000- 0000000	三總松山/ 22日	22日/ 66,000元/ 0000000	0日	22日 88,000元	無
三軍總醫院松山分院表示(參本院卷二第13頁):同編號2						
台大醫院鑑定結果(參本院卷二第241頁至第242頁):並無住院之必要性。且各段住院期間出院後再次入院時,依來函附件二之住院前主訴、病史記載及住院診斷顯示,住院前並無發生其他急症狀或突發狀況而有再次住院治療之必要。						
本院判斷:無住院必要。 參三軍總醫院松山分院所出具之診斷證明書(參本院卷一第53頁),可知該次住院之診斷為「嚴重特殊傳染性肺炎」、「末期腎臟病」,此,原告於住院期間乃接受藥物治療及規則血液透析治療,後因病況穩定予以出院,是以可認該等住院所接受之醫療行為,應可以門診復健及居家治療為之,再佐以上開鑑定結果,本院認原告確無住院之必要						
5	0000000- 0000000	桃園長庚/ 57日	57日/ 399,000元/ 0000000	1至3日	0日	3日
桃園長庚醫院表示(參本院卷二第95頁):同編號1						
台大醫院鑑定結果(參本院卷二第279頁):該次住院主要診療內容為住院復健,並於住院復健期間接受規則血液透析治療,住院期間曾發生懷疑病人血液透析血管通路功能異常,安排相關之檢查與處置,鑑於病人行動不便,有住院治療之需求,合理住院日數為1至3日。再依該次住院前主訴、病史記載、住院診斷及出院病歷摘要顯示,住院前並無發生其他急性症狀或突發狀況而有再次住院治療之必要。綜觀此次住院內容皆為接受常規洗腎與復健治療,並無急性必須住院適應症。						
本院判斷:有住院必要,合理必要住院日數為3日。 參桃園長庚醫院所出具之診斷證明書(參本院卷一第55頁),可知該次住院之診斷為「腦出血併左側肢體運動功能障害」,此乃原告固有之病症,非新生之疾病,而該醫囑乃記載「原告住院後『接受復健及藥物治						

	<p>療』，出院續門診治療」，是本應認該等住院所接受之醫療行為，應可以門診復健及居家治療為之，然因原告於住院期間曾發生懷疑原告血液透析血管通功能異常，故經醫院安排相關之檢查與處置，是佐以上開鑑定結果，本院認原告確有住院之必要。</p> <p>原告就此部分可請求住院醫療保險金：1,000元×3日×3份=9,000元。</p> <p>原告就此部分可請求出院療養金：500元×3日×2份=3,000元。</p> <p>合計原告可請求1萬2,000元及自112年8月6日起按週年利率10%計算之利息。</p>					
6	0000000- 0000000	三總松山/ 28日	28日/ 84,000元/ 0000000	3至5日	7日 28,000元	5日
<p>三軍總醫院松山分院表示(參本院卷二第13頁)：同編號2</p> <p>台大醫院鑑定結果(參本院卷二第241頁至第242頁)：雖無發生其他急症狀或突發狀況，但住院期間病人之左頸腫脹懷疑血液透析血管通路阻塞，並安排相關的檢查與處置，鑑於病人行動不便，有住院治療的需求，合理住院日數為3到5天</p> <p>本院判斷：有住院必要，合理必要住院日數為5日。</p> <p>參三軍總醫院松山分院所出具之診斷證明書(參本院卷一第57頁)，可知該次住院之診斷為「末期腎臟病」、「陳舊性腦出血點併左側肢體無力」，此乃原告固有之病症，而原告於住院期間除接受內科藥物、復健治療及血液透析外，另有接受動靜脈瘻賽之血管成形術，再佐以上開鑑定結果，本院認原告確有住院之必要</p> <p>原告就此部分可請求住院醫療保險金：1,000元×5日×3份=1萬5,000元。</p> <p>原告就此部分可請求出院療養金：500元×5日×2份=5,000元。</p> <p>但原告並不爭執被告就此部分已給付7日之住院醫療保險金及出院療養金(參本院卷一第79頁至第81頁)，故就此原告不得再為請求。</p>						
7	0000000- 0000000	屏東基督/ 3日	3日/ 12,000元/ 0000000	0日	3日 12,000元	3日
<p>屏東基督教醫院表示(參本院卷一第295頁、卷二第53頁)：</p> <p>原告因末期腎病並高血鉀住院治療，因瘻管阻塞，行雙腔靜脈導管置入並行緊急透析治療，於112年5月29日行血管氣球擴張術，於112年5月30日出院。</p> <p>台大醫院鑑定結果：不在鑑定範圍內。</p>						

	<p>本院判斷：應有住院必要。</p> <p>參屏基醫院所出具之診斷證明書（參本院卷一第59頁），可知該次住院之診斷為「左手洗腎屢管阻塞，末期腎臟病」，且有進行左手動脈血管成形術，是佐以上開鑑定結果，本院認原告確有住院之必要，但被告已給付原告該部分住院日數之全部住院日額（參本院卷一第79頁至第81頁），故原告就此部分自不得再為請求。</p>					
8	0000000- 0000000	桃園長庚/ 42日	42日/ 201,000元/ 0000000	3至5日	0日	5日
<p>桃園長庚醫院表示(參本院卷二第95頁)：同編號1</p> <p>台大醫院鑑定結果（參本院卷二第241頁至第242頁）：原告住院前之血液透析血管通路功能不佳，安排相關的檢查與處置，鑑於病人行動不便，有住院治療的需求，合理住院日為3到5天</p> <p>本院判斷：有住院必要，合理必要住院日數為5日。</p> <p>參桃園長庚醫院所出具之診斷證明書（參本院卷一第61頁），可知該次住院之診斷為「腦出血併左側肢體運動功能障害」，但佐以上開鑑定結果，本院認原告確有住院之必要。</p> <p>原告就此部分可請求住院醫療保險金：1,000元×5日×3份=1萬5,000元。</p> <p>原告就此部分可請求出院療養金：500元×5日×2份=5,000元。</p> <p>合計原告可請求2萬元及自112年8月6日起按週年利率10%計算之利息。</p>						
9	0000000- 0000000	三總松山/ 28日	28日/ 196,000元/ 0000000	0日	0日	無
<p>三軍總醫院松山分院表示(參本院卷二第13頁)：同編號2</p> <p>台大醫院鑑定結果（參本院卷二第241頁至第242頁）：並無住院之必要性。且各段住院期間出院後再次入院時，依來函附件二之住院前主訴、病史記載及住院診斷顯示，住院前並無發生其他急症狀或突發狀況而有再次住院治療之必要。</p> <p>本院判斷：無住院必要。</p> <p>參三軍總醫院松山分院所出具之診斷證明書（參本院卷一第63頁），可知該次住院之診斷為「末期腎臟病」、「陳舊性腦出血點併左側肢體無力」，此乃原告固有之病症，而原告於住院期間除接受內科藥物、復健治療及血液透析外，並無其他手術或檢查治療，是以可認該等住院所接受之醫療行為，應可以門診復健及居家治療為之，再佐以上開鑑定結果，本院認原告確無住院之必要</p>						

10	0000000- 0000000	羅東聖母/ 19日	11日/ 101,000元/ 0000000	5至7日	8日 32,000元	7日
<p>羅東聖母醫院表示(參本院卷一第293頁、卷二第39頁)：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.病人於112年9月8日至同年9月27日間至該院住院治療，就醫原因為貧血、狹心症及泌尿道感染。出院時之診斷同為貧血、狹心症及泌尿道感染。 2.住院時醫療端給予病人輸血、檢查貧血原因以及藥物治療其狹心症及感染。 3.病人為洗腎患者，病況較不穩定，血色素低於8以下及狹心症難以判斷是否於門診追蹤即可處理。 4.醫療端對於洗腎病人較於謹慎，有三項共病以上(此病人為貧血、感染、狹心症及洗腎)，即會住院檢查。 5.病人住院期間需視病人病況及治療情形而定。 <p>台大醫院鑑定結果(參本院卷二第241頁至第242頁)：病人住院前發生有胸痛及心律不整，疑似冠心症或睡眠呼吸中止症的現象，有住院檢查或治療的需求。依病歷紀錄，所安排之檢查已排除前述診斷，故合理住院日數為5到7天</p> <p>本院判斷：有住院必要，合理必要住院日數為7日。 參羅東聖母醫院所出具之診斷證明書(參本院卷一第65頁)，可知該次住院之診斷為「貧血、泌尿道感染、低血鉀、牙周炎、末期腎疾病合併血液透析、血脂肪異常」等，並經門診治療後轉心臟內科一般病房繼續治療，另佐以上開鑑定結果，原告於住院期間有為相關檢查，故本院認原告確有住院之必要 原告就此部分可請求住院醫療保險金：1,000元×7日×3份=2萬1,000元。 原告就此部分可請求出院療養金：500元×7日×2份=7,000元。 但原告並不爭執被告就此部分已給付8日之住院醫療保險金及出院療養金，(參本院卷一第83頁)故就此原告不得再為請求。</p>						
11	0000000- 0000000	桃園長庚/ 25日	25日/ 175,000元/ 0000000	0日	0日	無
<p>桃園長庚醫院表示(參本院卷二第95頁)：同編號1</p> <p>台大醫院鑑定結果(參本院卷二第241頁至第242頁)：並無住院之必要性。另原告同時有COVID-19之感染，然其感染診斷當天即開立口服Paxlovid治療且當天隨即出院，故依病歷紀錄判斷應無住院的需求。且各段住院期間出院後再次入院時，依來函附件二之住院前主訴、病史記載及</p>						

	<p>住院診斷顯示，住院前並無發生其他急症狀或突發狀況而有再次住院治療之必要。</p> <p>本院判斷：無住院必要。</p> <p>參桃園長庚醫院所出具之診斷證明書（參本院卷一第67頁），可知該次住院之診斷為「腦出血併左側肢體運動功能障害」及「末期腎臟病」，此乃原告固有之病症，非新生之疾病，而該醫囑乃記載「原告住院後『接受復健及洗腎治療』，出院續追蹤治療」，另佐以上開鑑定結果，本院認原告確無住院之必要</p>					
12	0000000- 0000000	桃園長庚/ 28日	28日/ 112,000元/ 0000000	0日	0日	無
	<p>桃園長庚醫院表示(參本院卷二第95頁)：同編號1</p> <p>台大醫院鑑定結果（參本院卷二第241頁至第242頁）：並無住院之必要性。且各段住院期間出院後再次入院時，依來函附件二之住院前主訴、病史記載及住院診斷顯示，住院前並無發生其他急症狀或突發狀況而有再次住院治療之必要。</p> <p>本院判斷：無住院必要。</p> <p>參桃園長庚醫院所出具之診斷證明書（參本院卷一第69頁），可知該次住院之診斷為「腦出血併左側肢體運動功能障害」，此乃原告固有之病症，非新生之疾病，而該醫囑乃記載「原告住院後『接受復健及藥物治療』，出院續門診治療」，是應認該等住院所接受之醫療行為，應可以門診復健及居家治療為之，另佐以上開鑑定結果，本院認原告確無住院之必要</p>					
	<p>備註：</p> <p>一、原告主張住院期間可請求住院醫療保險金188萬4,000元((6)之總和)、出院療養保險金38萬7,000元(500×387×2)，合計共227萬1,000元，扣除被告已理賠之金額16萬元(包括住院醫保險金12萬元及出院療養金4萬元，即編號4、6、7、10部分)，原告於本案請求211萬1,000元。</p> <p>二、原告主張就編號1至8、編號9、編號10至11、編號12之理賠申請受理日分別為112年7月21日、112年9月1日、112年11月3日、113年1月23日，被告本應依保險法第34條之規定，於接到通知後15日內全額給付，但被告卻未給付，故原告請求利息，利息並分別自112年8月6日、112年9月17日、112年11月19日及113年2月8日起至清償日止，按週年利率10%計算之，此等理賠申請受理日及利息起算日、利率等，為被告所不爭執。</p>					

01

三、原告主張依系爭三份保單可請求住院醫療保險金額及其計算式為(參本院卷一第15、16頁)：

- (一)編號1至2共計71日，原告請求336,000元(1,000×3份保單×30日+2,000×3份保單×41日)。
- (二)編號3至5共計共計143日，原告請求768,000元(1,000×3份保單×30日+2,000×3份保單×113日)。
- (三)編號6共計28日，原告請求84,000元(1,000×3份保單×28日)。
- (四)編號7至11共計117日，原告請求612,000元(1,000×3份保單×30日+2,000×3份保單×87日)。
- (五)編號12共計28日，原告請求84,000元(1,000×3份保單×28日)。

四、原告主張依系爭三份保單可請求之出院療養保險金額及其計算式為(參本院卷一第16頁)：

編號1至編號12共計住院達387日，原告請求387,000元(500元×2份保單×387日)。

五、原告於本案可請求金額：

- (一)原告就編號2、5、8此部分可請求住院醫療保險金總額為9,000元+9,000元+1萬5,000元=3萬3,000元。
- (二)原告就編號2、5、8可請求出院療養金：3,000元+3,000元+5,000元=11,000元。
- (三)合計為44,000元。

六、本附表所稱醫院：

- 桃園長庚—桃園長庚醫院(桃園)
- 羅東聖母—羅東聖母醫院(宜蘭)
- 三總松山—三軍總醫院松山分院(臺北)
- 屏東基督—屏東基督教醫院(屏東)

02

附表二(原告另案住院期間及其他住院期間，參本院卷一第187頁至第189頁)

03

04

編號	住院期間	就診醫院	審判案件
1	109年1月8日至同年2月6日(30日)	衛生福利部朴子醫院	本院111年度保險字第3號民事判決
2	109年9月10日	臺北榮民醫院	本院111年度保險字第3號民事判決

	日至同年10月7日(28日)	總醫院員山分院	
3	109年10月8日至同年11月5日(29日)	三軍總醫院松山分院	本院111年度保險字第3號民事判決
4	109年11月6日至同年12月3日(28日)	桃園長庚紀念醫院	本院111年度保險字第3號民事判決
5	109年12月14日至28日(15日)	臺中澄清醫院	本院112年度保險字第6號民事判決
6	110年1月8日至12日(5日)	烏日澄清醫院	本院112年度保險字第6號民事判決
7	110年1月13日至2月7日(26日)	長庚醫療財團法人桃園長庚醫院	本院112年度保險字第6號民事判決
8	110年2月26日至3月12日(15日)	臺北榮民總醫院蘇澳分院	本院112年度保險字第6號民事判決
9	110年3月17日至4月13日(28日)	桃園長庚紀念醫院	本院112年度保險字第6號民事判決
10	110年4月14日至5月11日(28日)	三軍總醫院松山分院	本院112年度保險字第6號民事判決
11	106/11/16至107/01/02：國軍桃園總醫院(因於106/11/16出血性腦中風事故) 107/01/02至107/01/26：新北市雙和醫院 107/01/26至107/02/26：台中童綜合醫院		

01

<p>107/02/26至107/03/27：台中中山醫院大學附設醫院 107/03/27至107/04/24：台中亞洲大學附屬醫院 107/04/24至107/05/22：台中童綜合醫院 107/05/22至107/06/28：嘉義長庚醫院 107/06/28至107/08/03：桃園長庚醫院 107/08/06至107/08/22：高雄惠川醫院 107/08/22至107/09/20：嘉義長庚醫院 107/09/20至107/10/15：桃園長庚醫院 107/10/15至107/10/29：高雄惠川醫院 107/10/29至107/11/26：嘉義長庚醫院 108/01/08至108/01/23：嘉義長庚醫院 108/01/23至108/02/01：嘉義朴子醫院 108/02/12至108/03/12：台北三總松山分院 108/03/13至108/03/28：嘉義長庚醫院 108/04/10至108/04/30：屏東民眾醫院 108/05/01至108/05/29：台北榮總醫院 108/06/05至108/06/19：嘉義長庚醫院 108/06/19至108/07/17：台北振興醫院 108/07/18至108/08/15：台北三總松山分院 108/08/16至108/09/11：宜蘭羅東聖母醫院 108/09/11至108/09/24：宜蘭北榮員山分院 108/09/27至108/10/22：嘉義朴子醫院 108/10/23至108/11/19：宜蘭北榮員山分院 108/11/20至108/12/10：嘉義朴子醫院 108/12/11至109/01/07：宜蘭北榮員山分院 109/01/08起即參編號1至10所示。</p>
<p>一、本院111年度保險字第3號民事判決，經上訴後，業經臺灣高等法院以112年度保險上易字第3號判決在案，參本院卷一第113頁至第118頁、第303頁至第312頁。</p> <p>二、本院112年度保險字第6號民事判決(另案二)，業經上訴，現由臺灣高等法院以113年度審保險上易字第20號審理中(參本院卷二第306-1頁至306-15頁)。</p>

02
03

附表三：原告可向被告請求

編號(依附表一)	可請求金額及其利息
----------	-----------

(續上頁)

01

2	被告應給付原告1萬2,000元及自112年8月6日起至清償日止，按週年利率10%計算之利息。
5	被告應給付原告1萬2,000元及自112年8月6日起至清償日止，按週年利率10%計算之利息
8	被告應給付原告2萬元及自112年8月6日起至清償日止，按週年利率10%計算之利息
總計	被告應給付原告4萬4,000元及自112年8月6日起至清償日止，按週年利率10%計算之利息