臺灣臺北地方法院民事判決

107年度保險簡上字第2號

上　訴　人　三商美邦人壽保險股份有限公司
法定代理人　陳翔玠
訴訟代理人　曾建豪律師
被上訴人　　吳清綉
訴訟代理人　陳殷朔律師

上列當事人間給付保險金事件，上訴人對於民國106年12月19日本院台北簡易庭103年度北保險簡字第32號判決提起上訴，本院於民國108年3月4日言詞辯論終結，判決如下：

主　　文

原判決關於命上訴人給付超過新台幣99,621元及利息，以及該部份假執行之宣告暨訴訟費用之裁判均廢棄。

前開廢棄部分，被上訴人於第一審之訴駁回。

其餘上訴駁回。

前開廢棄部分之第一審訴訟費用，由被上訴人負擔；第二審訴訟費用，由上訴人負擔90%，餘由被上訴人負擔。

事實及理由

一、被上訴人於原審起訴意旨及上訴答辯意旨略以：

㈠於原審起訴意旨略以：被上訴人於民國98年9月28日向上訴人投保人壽保險，並附加常春住院醫療保險附約（下稱系爭醫療保險），嗣於101年至103年間共住院14次（如附表），依契約上訴人應按實際住院天數按日給付保險金新台幣（下同）1,500元，然均未足額給付，共短付保險金131,213元（如附表），爰依保險契約之法律關係提起本訴，並聲明：上訴人應給付被上訴人131,213元，及自起訴狀繕本送達翌日起至清償日止，按年息5%計算之利息。

㈡上訴答辯意旨略以：原審判決認事用法並無違誤，上訴人空言指摘原審審判決認事用法有所違誤，顯不足取，又原審判決附表編號第2、10、14之部分，因無上訴而確定，有既判力，主張抵銷無理由，上訴人請求調查之證據，原審均已詳細調查，並已送榮總、長庚二間醫院鑑定，認定被上訴人確

有住院之必要，上訴並無理由。

二、上訴人之上訴意旨部分：

㈠本件被上訴人住院是否符合兩造醫療保險契約條款之住院要件，因兩造相互爭執且事涉醫療專業，故原審准將被上訴人病歷資料送請其他醫院（即台北榮總及長庚醫院）鑑定，並詢問鑑定醫院下列事項：⑴病患病情，是否確有住院接受治療之必要？⑵住院期間所接受醫療行為，是否得改以門診服藥、復健等方式替代？⑶如需住院，合理住院天數為何？是故，關於本件爭議本得待鑑定醫院之鑑定予以釐清，詎其後原審法院竟獨斷不採鑑定醫院之結論，自有不依證據認定事實之違法。

㈡原審判決理由認有無住院必要應尊重個案醫師本其專業所為之判斷及意見而定，雖非無見，惟查，兩造既就住院有無必要發生爭執並訴請法院定奪，則住院有無必要自不能亦不應排除於司法審查之外，亦即法院關於兩造住院有無必要，依法需依兩造所舉證據、主張或參考他醫院之客觀鑑定結果等等而為認定，蓋如此類住院有無必要案件一律皆以個案醫師專業判斷及意見為準，不僅將使契約之一方失卻爭執事實與契約要件是否合致之權利，更是不當自我限縮司法審查權限，使本可藉由司法審查釐清兩造紛爭之機會喪失殆盡。

㈢況且原審判決關於被上訴人於宜蘭建生醫院之住院（即附表編號2、10)，則不以個案醫師專業判斷及意見為準，而認定上開兩次住院事實不符兩造醫療保險契約住院要件，是原審關於採不採個案醫師專業判斷及意見，於同一案件內又有不同，顯有前後矛盾之情。

㈣關於附表編號2、10，被上訴人吳清綉涉及虛偽住院詐領保險金之犯罪部分：該部分臺灣宜蘭地方法院檢察署（下稱宜蘭地檢署）檢察官已於105年8月15日將被上訴人提起公訴，依起訴書（103年度偵字第3218號、104年度偵字第347號、104年度偵字第743號）所載吳清綉明知所受傷害或疾病並無住院必要，竟與建生醫院院長何榮祥犯意聯絡，由何榮祥協

助辦理住院，期間並無進行必要治療（起訴書第18-19頁），財團法人犯罪防治中心103年9月1日鑑定意見，亦載明吳清綉於建生醫院住院之病歷經鑑定後，認不符合住院基本要件，屬非必要住院，於建生醫院之住院係詐領保險金所為，並無住院進行必要治療之事實，其本件關於附表編號2、10之請求應無理由。

㈤關於附表編號6、7、8、9、12、13之部分，依長庚醫院之鑑定結論，載明依當時被上訴人尿液、血液等檢查數據觀之實無異常，治療以門診服藥或門診復健方式即可，應不需住院，其住院違反一般醫療常規，故關於附表編號6、7、8、9、12、13部分病情既無住院必要，被上訴人於原審關於上開部分請求自無理由，亦應駁回。

㈥關於附表編號11、14以及榮總醫院鑑定部分即附表編號1、3、4、5之住院部分：

⑴附表編號1部分：台北榮民總醫院（下稱榮總）雖函覆法院稱住院合理云云，惟查其理由竟僅以被上訴人疼痛指數9-10分為憑，而疼痛指數本係病患主訴之結果，對比長庚醫院係依病患檢查資料數據而非病患主訴疼痛而為鑑定，今榮總不依病歷客觀資料判斷卻依病患主訴疼痛為憑，其鑑定自屬瑕疵，自非可採。

⑵附表編號1、3、4、5部分：榮總回函亦稱被上訴人疼痛指數9-10分為憑，其非以病歷客觀數據鑑定，並非可採；又榮總其後又回函中載明本件因無肌電圖檢查報告，無法判定實際神經病變嚴重程度，住院是否必要，需視當時狀況而定，此與初次回函內容矛盾，蓋前次回函並無載明判定需參考肌電圖檢查報告，而於無報告情形下判定結果，但後函稱無法判定，二者間已存有矛盾，且榮總回函並稱若病患狀況許可門診治療，門診即可等語，可見榮總關於被上訴人此部分因無肌電圖檢查報告，無法明確鑑定住院必要性，且未完全排除被上訴人可以門診治療方式，顯見本次鑑定無法判斷被上訴人是否可以門診方式代替住院而實無住院必要，故對比長庚

醫院之鑑定理由，關於附表編號1、3、4、5部分之榮總鑑定，自屬有瑕疵，而有再送鑑定必要；況且，關於被上訴人詐領保險金已遭起訴之建生醫院住院（即附表編號2、10）部分，榮總竟鑑定被上訴人有住院必要，益見榮總鑑定之瑕疵之嚴重而不可採。

⑶關於附表11及14，長庚醫院此部份之鑑定係以病患主訴水瀉一天12次，非以客觀病患檢查資料數據為憑，對比長庚醫院其他編號部分之鑑定係採客觀血液、尿液等客觀數據作為判斷，自有瑕疵而有再送他醫院鑑定之必要。

㈦且本件被上訴人係遭查獲與宜蘭建生醫院共謀詐領保險金之病患，且經宜蘭地檢署提起公訴，再觀被上訴人住院型態多為輕病住院，不會久住，但會四處住院，與職業病患作法相同，又本件鑑定之長庚醫院已認定被上訴人住院不符本件保險契約之約定，被上訴人自無權請求給付保險金，而原審未加審視上情，所為不利於上訴人部分之判決，實有違誤。

㈧關於抵銷部分：依原審判決附表可知，上訴人迄今業已給付82,500元，上訴人請求就所主張就所支付宜蘭建生醫院以及主張有據部分為抵銷。

三、原審判決上訴人應給付被上訴人109,500元（即附表編號1、3-9、11-13之部分，至於附表編號2、10、14則駁回被上訴人之請求），及自103年11月6日起至清償日止，按年息5%計算之利息。上訴人不服，提起本件上訴，並為上訴聲明：㈠原判決不利於上訴人部分廢棄；㈡上開廢棄部分，被上訴人於第一審之訴駁回。至於⑴附表編號2、10之部分，原審係認定不符保險契約住院條件而予以駁回請求，⑵附表編號14部分，上訴人已於103年12月5日給付4,500元，已經為請求金額之給付，因此，原審判決未准許被上訴人此部分請求（原審判決附表中『本院認定應給付之差額』欄位金額均為0元），乃為上訴人勝訴之判決，而被上訴人並未就此部分提起上訴，是就附表編號2、10、14之部分即已確定。

四、兩造不爭執事項：

㈠被上訴人於98年9月28日與上訴人簽訂人壽保險契約，並附加常春住院醫療保險附約，依約上訴人應給付之住院保險金每日為1,000元、出院療養金每日500元（合計1,500元）。

㈡上訴人迄今業已給付如附表所示之金額共82,500元之醫療保險金。

㈢被上訴人因與宜蘭建生醫院院長何榮祥涉有醫療詐欺等罪嫌（附表編號2、10部分），業經宜蘭地檢署檢察官於105年8月15日提起公訴（案列103年度偵字第3218號、104年度偵字第347號、104年度偵字第743號）。

五、得心證之理由：

㈠被上訴人主張之事實，業據其於原審提出要保書、住院明細、三商美邦公司函、醫院診斷證明書、給付通知書等文件為證，上訴人則以被上訴人病情並無住院之必要，不符兩造醫療保險契約住院要件，且被上訴人上開虛偽住院詐領保險金之刑事詐欺行為業經檢察官提起公訴，其請求醫療保險金給付並無理由，於原審亦已為抵銷主張等語資為抗辯，是本件所應審究者為：如附表編號1、3-9、11-13之部分，上訴人主張被上訴人虛偽住院詐領保險金之刑事詐欺行為部分，無須給付醫療保險金，有無理由？上訴人主張業已給付82,500元醫療保險金，並以此主張抵銷抗辯，有無理由？以下分別論述之。

㈡按保險法第54條第2項規定，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。以免保險人變相限縮保險範圍以逃避所應負之契約責任，而獲取不當之保險費利益，因致喪失保險應有之功能，及影響保險市場之正常發展。又於保險契約之解釋，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96年度台上字第133號判決

意旨參照）。經查，本件兩造所簽訂常春住院醫療保險附約條款第2條第9項係約定「本附約所稱『住院』係指被保家庭成員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。但不包含全民健康保險法第51條所稱之日間住院及精神衛生法第35條所稱之日間留院。」等語，此有系爭常春住院醫療保險附約在卷可按（原審卷1第184頁），因此，依照常春住院醫療保險附約關於住院之定義，乃以「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」之要件，亦即係以「醫師診斷其疾病或傷害必須入住醫院」、「正式辦理住院手續」、「在醫院接受診療」作為常春住院醫療保險附約之住院定義，應可確定。經查，被上訴人所主張如附表編號1、3-9、11-13之部分，業據其於原審提出要保書、住院明細、公司函、醫院診斷證明書、給付通知書等文件為證，乃符合常春住院醫療保險附約所約定之「醫師診斷其疾病或傷害必須入住醫院」、「正式辦理住院手續」、「在醫院接受診療」之要件，是就此部分，被上訴人依照常春住院醫療保險附約為請求，即非無由，應堪採據。

㈡其次，本件被上訴人與訴外人建生醫院院長何祥榮間以虛偽住院詐領保險金之詐欺行為部分，業經宜蘭地檢署檢察官於105年8月15日以103年度偵字第3218號、104年度偵字第347、743號提起公訴，其起訴書記載略以：「吳清綉明知其所受之傷害或罹患之疾病並無住院或住院超過3日之必要，竟與建生醫院院長何祥榮共同基於意圖為自己不法所有之犯意聯絡，先自101年1月30日起至同年2月3日止，由何祥榮協助以附表編號16⑴所示之病症辦理住院，住院天數長達5天，期間並未實際進行必要之治療，出院後，由吳清綉持建生醫院所開立不實內容之診斷證明書分別向三商美邦人壽、中國人壽、全球人壽、南山人壽、國泰人壽、康健人壽、富邦人壽、新光人壽請領如附表編號16⑴所示金額之住院保險理賠金共計158,500元，使上揭保險公司承辦人員陷於錯誤，均

依申請而如數交付理賠金額予吳清綉；復自101年7月20日起至同年月25日止，由何祥榮協助以附表編號16⑵所分示之病症辦理住院，住院天數長達6天，期間並未實際進行必要之治療，出院後，由吳清綉持建生醫院所開立不實內容之診斷證明書分別向三商美邦人壽、中國人壽、全球人壽、國泰人壽、康健人壽、富邦人壽、新光人壽請領如附表編號16⑵所示金額之住院保險理賠金127,930元，使上揭保險公司承辦人員陷於錯誤，均依申請而如數交付理賠金額予吳清綉；又自101年12月14日起至同年月19日止，由何祥榮協助以附表編號16⑶不所示之病症辦理住院，住院天數長達5天，期間並未實際進行必要之治療，出院後，由吳清綉持建生醫院所開立不實內容之診斷證明書分別向三商美邦人壽、中國人壽、全球人壽、南山人壽、國泰人壽、康健人壽、富邦人壽、新光人壽請領如附表編號16⑶所示金額之住院保險理賠金184,392元，使上揭保險公司承辦人員陷於錯誤，均依申請而如數交付理賠金額予吳清綉」等情，此有起訴書在卷可按，因此就被上訴人所請求附表編號2、10部分，雖然亦有住院過程，但此部分並非係因為醫師診斷而入住醫院，且亦無接受診療之過程，則此即與常春住院醫療保險附約條款第2條第9項所約定之「醫師診斷其疾病或傷害必須入住醫院」、「在醫院接受診療」之要件並不吻合，原審因而認定被上訴人此部分主張無據而駁回其請求（此部分因未上訴而確定），乃係就附表編號2、10部分之基礎事實為判斷認定，但是並無從依照該部分之事實，即可認為被上訴人全部住院之過程，均為虛偽住院詐領保險金之詐欺行為，而仍應就各該部分為認定，此亦可由上揭起訴書並未將被上訴人其他住院之過程認為虛偽而一同起訴，足資相佐，應可確定，是上訴人此部分主張，即非有據。

㈣再者，常春住院醫療保險附約條款第2條第10項係約定「本附約所稱『醫師』係指領有醫師證書，合法執業者，但非被保家庭成員本人、其配偶或其直系親屬為醫師者為準」等語

（原審卷1第184頁），就此以觀，常春住院醫療保險附約條款第2條第9項所約定「本附約所稱『住院』係指被保家庭成員經醫師診斷其疾病或傷害必須入住醫院…」之內容，即係以領有醫師證書合法執業之醫師，經診斷後判斷必須入住醫院為要件，其要件中並未有無法「改以門診服藥、復健等方式替代」為要件，應可確定；另外，常春住院醫療保險附約對於作為診斷決定之人，係約定以合法執業醫師之診斷，作為判斷之要件，並未約定以鑑定機關經過鑑定後認為是否具備住院之需要作為要件，亦未約定由鑑定機關鑑定合理住院天數之要件，因此，依照常春住院醫療保險附約之約定內容以觀，上揭部分均非屬於雙方約定內容，應可確定；是上訴人於原審主張依照被上訴人病歷資料，由台北榮總及長庚醫院就⑴是否確有住院接受治療之必要？⑵住院期間所接受醫療行為，是否得改以門診服藥、復健等方式替代？⑶如需住院，合理住院天數為何？之部分為鑑定，即非屬於常春住院醫療保險附約所約定內容之範圍，而此鑑定之結果，並非屬約定「醫師診斷其疾病或傷害必須入住醫院」、「正式辦理住院手續」、「在醫院接受診療」要件之判斷依據，亦無從以此作為該部分判斷之要件，應可確定，故上訴人所主張：兩造就住院有無必要發生爭執，應參考他醫院客觀鑑定結果而為住院必要之認定，即與常春住院醫療保險附約所約定之要件並不相符合，尚無從遽以採信，從而，上訴人主張：原審將被上訴人病歷資料送請台北榮總及長庚醫院鑑定，並詢問：⑴病患病情，是否確有住院接受治療之必要？⑵住院期間所接受醫療行為，是否得改以門診服藥、復健等方式替代？⑶如需住院，合理住院天數為何？但原審法院竟獨斷不採鑑定醫院之結論，自有不依證據認定事實之違法等語，尚無從予以採信。

㈤況且，對於常春住院醫療保險附約條款要件之判斷，亦據原審審酌後認定：「依系爭醫療保險約款第2條第9項關於住院之定義…足見被保險人是否符合『住院』，須以是否經醫師

診斷其疾病必須住院，且有確實住院接受診療之事實為其要件。而所謂有無住院必要，依據一般民眾就醫之情形，應指被保險人之主治醫師於個案中所為之判斷而言；若謂應依保險契約之目的而限縮解釋為不應僅以實際治療之醫師認定有住院必要性即足，而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者，始足當之云云，形同課與被保險人於接受醫療行為時，無法全然信賴其醫師之建議，尚需徵詢其他專業意見，事後請求保險金時，亦應證明其係因一般專業醫師均認定其疾病有住院必要性，始得請求，此種解釋顯然違背一般人之生活經驗，要非於締約時所得預期之結果，更增加請求給付之困難，不符前揭於保險契約解釋有疑義時，應作有利於被保險人解釋之原則…則上開約款中所謂住院之必要，原則上應尊重個案醫師本其專業所為之判斷及意見而定，若被保險人已證明保險事故即經醫師診斷需住院且確有住院接受診療之事實存在，保險人仍抗辯該保險事故之發生非屬意外，係被保險人與醫師以人為方式刻意使之發生，自應就其抗辯之事實負證明之責…」、「醫院於住院期間之相關處置亦均與原告表徵之病症具有合理關連，爭議點無非僅在於是否需住院或得以門診服藥替代，然此在不同醫師間本容有專業判斷餘地，此外亦涉及各家醫院住院政策之差異，已難遽謂屬違反醫療常規而足認醫師與病患間有勾串之虞，且被告亦未能提出其他證據證明上開住院非屬偶然事件，係被保險人與醫師為詐領保險金，以人為方式刻意使之發生，揆諸前揭說明，被告自不得拒絕給付保險金」等語，經核其認定即與保險法第54條第2項所規定保險契約之解釋，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之要旨相互吻合，亦符合避免「利用變相限縮保險範圍以逃避所應負之契約責任，而獲取不當之保險費利益，因致喪失保險應有之功能，及影響保險市場之正常發展」之要件相互吻合，是原審判決就此部分，並無違誤之情，應堪確定，是上訴人主張原審獨

斷不採鑑定醫院結論，有不依證據認定事實違法等語，乃非足採。

㈥另外，就附表編號1、3、4、5、6、7、9、12之部分，原審認定之金額已經逾越被上訴人所請求短付之金額（詳如附表所載），是就此部分，原審判決所准許之金額即有不當（詳如附表本院認定金額、（與原審差額）及理由欄位所載），就此合計為721元之部分即無從予以維持，是此部分上訴為有理由，應予准許。

㈦復按二人互負債務，而其給付種類相同，並均屆清償期者，各得以其債務與他方之債務，互為抵銷，但依債之性質不能抵銷或依當事人之特約不得抵銷者，不在此限。抵銷，應以意思表示向他方為之，其相互間債之關係，溯及最初得為抵銷時，按照抵銷數額而消滅。民法第334條第1項及第335條第1項分別定有明文。而本件上訴人就附表編號2、10所給付予被上訴人之金額合計9,158元（4,535+4,623）之部分為抵銷之主張，經查本件附表編號2、10之部分，因與常春住院醫療保險附約條款第2條第9項之要件並不吻合，被上訴人不能請求保險金，已如前述，是上訴人就此部分之給付，主張被上訴人應返還上訴人，因而為抵銷抗辯之主張，即非無由，是就上訴人所主張抵銷之部分，於9,158元之範圍內，為有理由，至於附表其他編號之部分，被上訴人之請求給付為有理由，已如前述，是上訴人就此部分為抵銷抗辯之主張，即非有據，不應准許。

六、綜上所述，被上訴人請求上訴人給付保險金99,621元，及自103年11月6日起至清償日止，按年息5%計算之利息部分，為有理由，逾此範圍，為無理由，應予以駁回，是原判決關於命上訴人給付超過99,621元及法定遲延利息暨訴訟費用、假執行等部分，即非有據，應由本院予以廢棄，並改判如主文第2項所示。

七、本件事證已臻明確，兩造其餘攻擊防禦方法及所舉未經援用之證據，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。

八、訴訟費用之負擔：第一、二審訴訟費用由上訴人負擔90%，餘由被上訴人負擔。

九、據上論結，本件上訴一部有理由、一部無理由，依民事訴訟法第436條之1第3項、第449條第1項、第450條、第79條，判決如主文。

中　　華　　民　　國　　108　　年　　4　　月　　1　　日

民事第三庭　審判長法　官　林春鈴

法　官　李桂英

法　官　蘇嘉豐

以上正本係照原本作成。

不得上訴。

中　　華　　民　　國　　108　　年　　4　　月　　1　　日

書記官　曾東紅

附表：

編號	住院期間	天數	住院醫院	病名（依診斷證明書記載）/診斷證明書所在原審卷宗頁數	被上訴人主張總額	被上訴人請求短付	已付保險金及利息	原審認定應付金額	本院認定金額（與原審差額）及理由
1	101.10.30-101.11.8	10	臺北市立聯合醫院中興院區	左側腰椎（L5）神經根壓迫症併坐骨神經痛（第24頁）	15,000元	7,340元	7,500元 160元	7,500元 (15,000-7,500)	7,340元(-160元) 逾請求金額
2	101.12.14-101.12.19	6	建生醫院	急性腸胃炎（第25頁）	9,000元	4,465元	4,500元 35元	0元	0元，非上訴範圍(-4,535元)抵銷
3	101.12.28-102.1.11	15	臺北市立聯合醫院陽明院區	椎間盤突出併坐骨神經痛、腰部挫傷（第26頁）	22,500元	10,303元	12,000元 197元	10,500元 (22,500-12,000)	10,303元(-197元) 逾請求金額
4	102.3.15-102.3.26	12	羅東聖母醫院	腰椎椎間盤突出症併左側坐骨神經痛、腰椎狹窄（第28頁）	18,000元	13,396元	4,500元 104元	13,500元 (18,000-4,500)	13,396元(-104元) 逾請求金額
5	102.4.15-102.4.29	15	臺北市立聯合醫院陽明院區	腰椎狹窄合併下背痛（第29頁）	22,500元	17,911元	4,500元 89元	18,000元 (22,500-4,500)	17,911元(-89元) 逾請求金額
6	102.7.6-102.7.19	14	臺北市立聯合醫院中興院區	左側腎臟良性腫瘤、腎功能不全、間歇無痛性血尿、腰椎狹窄、高血脂症（第27頁）	21,000元	10,431元	10,500元 69元	10,500元 (21,000-10,500)	10,431元(-69元) 逾請求金額
7	102.9.18-102.9.23	6	臺北市立聯合醫院陽明院區	急性腸炎（第30頁）	9,000元	4,490元	4,500元 10元	4,500元 (9,000-4,500)	4,490元(-10元) 逾請求金額
8	102.11.8-102.11.21	14	臺北市立聯合醫院陽明院區	急性腸胃炎（第33頁）	21,000元	13,500元	7,500元 0元	13,500元 (21,000-7,500)	13,500元(0元)
9	102.11.28-102.12.7	10	臺北市立聯合醫院中興院區	腰椎間盤突出併急性坐骨神經痛（第36頁）	15,000元	15,000元	4,500元 44元	10,500元 (15,000-4,500)	10,456元(-44元) 逾請求金額
10	103.2.4-103.2.9	6	建生醫院	蕁麻疹（第32頁）	9,000元	4,377 元	4,500元 123元	0元	0元，非上訴範圍(-4,623元)抵銷
11	103.6.13-103.6.17	5	羅東聖母醫院	急性小腸結腸胃炎（第34頁）	7,500元	3,000 元	4,500元 0元	3,000元 (7,500-4,500)	3,000元(0元)
12	103.6.30-	10	臺北市立聯合	腰椎間盤突出併急性坐骨神經痛	15,000元	15,000元	4,500元	10,500元	10,452元(-48元)

（續上頁）

	103.7.9		醫院中興院區	（第35頁）			48元	(15,000-4,500)	逾請求金額
13	103.8.2- 103.8.9	8	臺北市立聯合醫院陽明院區	腸躁症併腹瀉、高血脂症（第31頁）	12,000元	7,500元	4,500元 0元	7,500元 (12,000-4,500)	7,500元(0元)
14	103.8.16- 103.8.18	3	財團法人蘭陽仁愛醫院	急性肺炎（第37頁）	4,500元	4,500 元	4,500元 37元	0元 (4,500-4,500)	0元，非上訴範圍
⑴本件上訴有理由之金額9,879元。 （本院認定之差額+抵銷金額）（計算：721+9,158） ⑵主文諭知除外金額之計算：99,621元 （計算：原審判決金額-本院認定之差額-抵銷金額）（109,000-000-0,158=99,621）									