

富邦人壽真實在住院醫療定期健康保險附約
【給付項目：每日病房費用保險金（實支實付）、醫院雜費保險金（實支實付）】

【本保險因費率計算已考慮脫退率，故本保險無解約金】

本商品經本公司合格簽署人員檢視其內容業已符合一般精算原則及保險法令，惟為確保權益，基於保險公司與消費者衡平對等原則，消費者仍應詳加閱讀保險單條款與相關文件，審慎選擇保險商品。本商品如有虛偽不實或違法情事，應由本公司及負責人依法負責。
投保後解約或不繼續繳費可能不利消費者，請慎選符合需求之保險商品。
保險契約各項權利義務皆詳列於保單條款，消費者務必詳加閱讀了解，並把握保單契約撤銷之時效（收到保單翌日起算十日內）。

110.11.08 富壽商精字第 1100004004 號函備查

111.12.02 依 111.08.30 金管保壽字第 1110445485 號函修正

免費申訴電話：0809-000550

傳真：02-88098660

電子信箱(E-mail)：ho531.life@fubon.com

【保險附約的構成】

第一條 本富邦人壽真實在住院醫療定期健康保險附約（以下簡稱本附約），依主保險契約（以下簡稱主契約）要保人之申請，經本公司同意，附加於主契約。
本保險單條款、附著之要保書、批註及其他約定書，均為本附約的構成部分。
本附約的解釋，應探求附約當事人的真意，不得拘泥於所用的文字；如有疑義時，以作有利於被保險人的解釋為原則。

【名詞定義】

第二條 本附約所使用之名詞，定義如下：

- 一、「被保險人」：係指參加本附約之主契約被保險人及其配偶，並以載明於本附約者為限。
- 二、「配偶」：係指主契約被保險人戶籍登記之配偶。
- 三、「保險年齡」：係指按投保時被保險人之足歲計算，但未滿一歲之零數超過六個月者加算一歲，以後每經過一個保單年度並加算一歲之年齡。
- 四、「疾病」：係指被保險人自本附約生效日起持續有效三十日以後或復效日起所發生之疾病。
- 五、「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。
- 六、「意外傷害事故」：係指非由疾病引起之外來突發事故。
- 七、「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、私立及醫療法人醫院。
- 八、「醫師」：係指依法令取得醫師資格並經核准執業者。
- 九、「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。
- 十、「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。但不包含全民健康保險法第五十一條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。
- 十一、「保險金額」：係指本附約投保時約定之投保型別及計劃別，其對應之各項保險金給付限額詳附表一及附表二。倘投保型別及計劃別日後經要保人申請變更，則以變更後之型別及計劃別為準。
- 十二、「自負額」：係指本公司依本附約第八條至第九條給付被保險人各項保險金時，應由被保險人自行負擔的部分，本公司得依本附約約定逕行扣除之金額。

【附約撤銷權】

第三條 要保人於保險單送達的翌日起算十日內，得以書面或其他約定方式檢同保險單向本公司撤銷本附約。
要保人依前項約定行使本附約撤銷權者，撤銷的效力應自要保人書面或其他約定方式之意思表示到達翌日零時起生效，本附約自始無效，本公司應無息退還要保人已繳保險費；本附約撤銷生效後所發生的保險事故，本公司不負保險責任。但附約撤銷生效前，若發生保險事故者，視為未撤銷，本公司仍應依本附約約定負保險責任。

【保險責任的開始及交付保險費】

第四條 本公司應自同意承保並收取第一期保險費後負保險責任，並應發給保險單作為承保的憑證。
本公司如於同意承保前，預收相當於第一期保險費之金額時，其應負之保險責任，以同意承保時溯自預收相當於第一期保險費金額時開始。
前項情形，在本公司為同意承保與否之意思表示前發生應予給付之保險事故時，本公司仍負保險責任。

【保險範圍】

第五條 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時，本公司依第八條至第九條及第十一條約定給付保險金。

【第二期以後保險費的交付、寬限期間及附約效力的停止】

第六條 分期繳納的第二期以後保險費，應照主契約所載交付方法及日期，向本公司所在地或指定地點交付，或由本公司派員前往收取，並交付本公司開發之憑證。第二期以後分期保險費到期未交付時，年繳或半年繳者，自催告到達翌日起三十日內為寬限期間；月繳或季繳者，則不另為催告，自保險單所載交付日期之翌日起三十日為寬限期間。

約定以金融機構轉帳或其他方式交付第二期以後的分期保險費者，本公司於知悉未能依此項約定受領保險費時，應催告要保人交付保險費，自催告到達翌日起三十日內為寬限期間。

前二項對要保人之催告，本公司另應通知被保險人以確保其權益。對被保險人之通知，依最後留存於本公司之聯絡資料，以書面、電子郵件、簡訊或其他約定方式擇一發出通知者，視為已完成。

逾寬限期間仍未交付者，本附約自寬限期間終了翌日起停止效力。如在寬限期間內發生保險事故時，本公司仍負保險責任。

【本附約效力的恢復】

第七條 主契約停止效力時，本附約效力亦同時停止。本附約停止效力後，要保人得在停效日起二年內，申請復效。但保險期間屆滿後或主契約未同時申請復效者，本附約不得申請復效。

要保人於停止效力之日起六個月內提出前項復效申請，並經要保人清償保險費扣除停效期間的危險保險費後之餘額，自翌日上午零時起，開始恢復其效力。

要保人於停止效力之日起六個月後提出第一項之復效申請者，本公司得於要保人之復效申請送達本公司之日起五日內要求要保人提供被保險人之可保證明。要保人如未於十日內交齊本公司要求提供之可保證明者，本公司得退回該次復效之申請。

被保險人之危險程度有重大變更已達拒絕承保程度者，本公司得拒絕其復效。

本公司未於第三項約定期限內要求要保人提供可保證明，或於收齊可保證明後十五日內不為拒絕者，視為同意復效，並經要保人清償第二項所約定之金額後，自翌日上午零時起，開始恢復其效力。

要保人依第三項提出申請復效者，除有同項後段或第四項之情形外，於交齊可保證明，並清償第二項所約定之金額後，自翌日上午零時起，開始恢復其效力。

基於保戶服務，本公司於保險契約停止效力後至得申請復效之期限屆滿前三個月，將以書面、電子郵件、簡訊或其他約定方式擇一通知要保人有行使第一項申請復效之權利，並載明要保人未於第一項約定期限屆滿前恢復保單效力者，契約效力將自第一項約定期限屆滿之日翌日上午零時起終止，以提醒要保人注意。

本公司已依要保人最後留於本公司之前項聯絡資料發出通知，視為已完成前項之通知。

第一項約定期限屆滿時，本附約效力即行終止。

【保險範圍：每日病房費用保險金的給付（實支實付）】

第八條 被保險人於本附約有效期間內因疾病或傷害，而以全民健康保險之保險對象身分於醫院接受住院診療者，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第三項各款實際支出之病房費用，於扣除其投保型別及計劃別所列之自負額（依住院期間被保險人之住院日數乘以附表一所列之「每日病房費用保險金自負額」計算）後之餘額，給付「每日病房費用保險金」。但不得超過第四項約定之最高給付限額。

被保險人於本附約有效期間內因疾病或傷害，而非以全民健康保險之保險對象身分於醫院接受住院診療者，本公司按被保險人住院期間內所發生第三項各款實際支出之病房費用，於扣除其投保型別及計劃別所列之自負額（依住院期間被保險人之住院日數乘以附表二所列之「每日病房費用保險金自負額」計算）後之餘額，給付「每日病房費用保險金」。但不得超過第四項約定之最高給付限額。

本條所稱病房費用係指下列各款費用：

- 一、病房費。
- 二、膳食費。
- 三、特別護士以外之護理費。
- 四、醫師診察費。

依據第一、二項計算之第三項各款實際支出之病房費用總金額超過其投保之型別及計劃別依附表一或附表二所列「每日病房費用保險金限額」扣除「每日病房費用保險金自負額」後再乘以住院日數之數額時，其超過之金額得併入醫院雜費保險金中計算，但最高以實際發生且依據第一、二項計算之醫師診察費及特別護士以外之護理費之和為限，且併入後之總額以第九條約定之「醫院雜費保險金限額」扣除「醫院雜費保險金自負額」後所得之數額為限。

第一項及第二項被保險人同一次住院之「每日病房費用保險金」最高給付限額，不得超過其投保之型

別及計劃別依附表一或附表二所列「每日病房費用保險金限額」扣除「每日病房費用保險金自負額」後，再乘以其住院日數所得之數額。
被保險人同一次住院之「每日病房費用保險金」實際給付住院日數，各型別最高給付日數以下表為限：

型別	最高給付日數
基本型	31 日
標準型	90 日
高額型	365 日
高額自負型	365 日

【保險範圍：醫院雜費保險金的給付（實支實付）】

第九條 被保險人於本附約有效期間內因疾病或傷害，而以全民健康保險之保險對象身分於醫院接受住院診療者，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第三項各款實際支出之醫院雜費，於扣除其投保之型別及計劃別於附表一所列之「醫院雜費保險金自負額」後之餘額，給付醫院雜費保險金。但不得超過第四項約定之最高給付限額。
被保險人於本附約有效期間內因疾病或傷害，而非以全民健康保險之保險對象身分於醫院接受住院診療者，本公司按被保險人住院期間內所發生第三項各款實際支出之醫院雜費，於扣除其投保之型別及計劃別於附表二所列之「醫院雜費保險金自負額」後之餘額，給付醫院雜費保險金。但不得超過第四項約定之最高給付限額。

醫院雜費包含下列各款費用：

- 一、由醫師開方在醫院內使用之醫藥。
- 二、敷料、挾板及石膏整形，但不包括特別支架。
- 三、化驗室檢驗及心電圖。
- 四、基礎代謝率檢查。
- 五、物理治療。
- 六、X光檢查，但不包括X光治療、雷射治療或同位素等治療。
- 七、輸血、針劑、氧氣及其應用。
- 八、來往醫院之救護車費。
- 九、於住院醫療之前一週內或出院之後一週內因同一事故而需門診醫療時，該項門診醫療費用將併入住院期間內之醫療費用以計算醫院雜費保險金，惟每日以一次且每次計算金額以新台幣伍佰元為限。倘被保險人於住院期間曾接受手術醫療時，其出院後之門診醫療費用給付期間將延長為兩週之內。
- 十、因外來突發之意外傷害事故急診就醫，其辦理住院手續前之急診費，於新台幣伍仟元內，將視其項目納入該次限額。

第一項及第二項被保險人同一次住院之「醫院雜費保險金」最高給付限額，不得超過住院期間按其投保之型別及計劃別於附表一或附表二所列「醫院雜費保險金限額」扣除「醫院雜費保險金自負額」後所得之數額。

【住院次數、日數之計算及本附約有效期間屆滿後住院之處理】

第十條 被保險人於本附約有效期間，因同一疾病或傷害，或因此引起的併發症，於出院後九十日內再次住院時，其各種保險金給付合計額，視為同一次住院辦理。
前項保險金之給付，倘被保險人係於本附約有效期間屆滿後出院者，本公司就再次住院部分不予給付保險金。
被保險人住院日數之計算，係按其實際住院日數（含住院及出院當日）定之。但被保險人於出院當日再行住院者，當日之住院日數以一日計算。

【保險範圍：醫療保險金給付之限制】

第十一條 被保險人已獲得全民健康保險給付的部分，以及雖未獲得全民健康保險給付但其金額未超過各項保險金約定自負額相關約定之費用支出部分，本公司不予給付第八條至第九條約定之各項醫療保險金。

【除外責任】

第十二條 被保險人因下列原因所致之疾病或傷害而住院診療者，本公司不負給付各項保險金的責任：

- 一、被保險人之故意行為（包括自殺及自殺未遂）。
 - 二、被保險人之犯罪行為。
 - 三、被保險人非法施用防制毒品相關法令所稱之毒品。
- 被保險人因下列事故而住院診療者，本公司不負給付各項保險金的責任：
- 一、美容手術、外科整型。但為重建其基本功能所作之必要整型，不在此限。
 - 二、外觀可見之天生畸形。

- 三、非因治療目的之牙科手術。但因遭受意外傷害事故所致者，不在此限。
- 四、裝設義齒、義肢、義眼、眼鏡、助聽器或其它附屬品。但因遭受意外傷害事故所致者，不在此限，其裝設於保險期間內僅以一次為限。
- 五、健康檢查、療養、靜養、戒毒、戒酒、護理或養老之非以直接診治病人為目的者。
- 六、懷孕、流產或分娩及其併發症。但下列情形不在此限：

(一) 懷孕相關疾病：

- 1. 子宮外孕。
- 2. 葡萄胎。
- 3. 前置胎盤。
- 4. 胎盤早期剝離。
- 5. 產後大出血。
- 6. 子癲前症。
- 7. 子癲症。
- 8. 萎縮性胚胎。
- 9. 胎兒染色體異常之手術。

(二) 因醫療行為所必要之流產，包含：

- 1. 因本人或其配偶患有礙優生之遺傳性、傳染性疾病或精神疾病。
- 2. 因本人或其配偶之四親等以內之血親患有礙優生之遺傳性疾病。
- 3. 有醫學上理由，足以認定懷孕或分娩有招致生命危險或危害身體或精神健康。
- 4. 有醫學上理由，足以認定胎兒有畸型發育之虞。
- 5. 因被強制性交、誘姦或與依法不得結婚者相姦而受孕者。

(三) 醫療行為必要之剖腹產，並符合下列情況者：

- 1. 產程遲滯：已進行充足引產，但第一產程之潛伏期過長（經產婦超過 14 小時、初產婦超過 20 小時），或第一產程之活動期子宮口超過 2 小時仍無進一步擴張，或第二產程超過 2 小時胎頭仍無下降。
- 2. 胎兒窘迫，係指下列情形之一者：
 - a. 在子宮無收縮情況下，胎心音圖顯示每分鐘大於 160 次或少於 100 次且呈持續性者，或胎兒心跳低於基礎心跳每分鐘 30 次且持續 60 秒以上者。
 - b. 胎兒頭皮酸鹼度檢查 PH 值少於 7.20 者。
- 3. 胎頭骨盆不對稱，係指下列情形之一者：
 - a. 胎頭過大（胎兒頭圍 37 公分以上）。
 - b. 胎兒超音波檢查顯示巨嬰（胎兒體重 4000 公克以上）。
 - c. 骨盆變形、狹窄（骨盆內口 10 公分以下或中骨盆 9.5 公分以下）並經骨盆腔攝影確定者。
 - d. 骨盆腔腫瘤（包括子宮下段之腫瘤，子宮頸之腫瘤及會引起產道壓迫阻塞之骨盆腔腫瘤）致影響生產者。
- 4. 胎位不正。
- 5. 多胞胎。
- 6. 子宮頸未全開而有臍帶脫落時。
- 7. 兩次（含）以上的死產（懷孕 24 周以上，胎兒體重 560 公克以上）。
- 8. 分娩相關疾病：
 - a. 前置胎盤。
 - b. 子癲前症及子癲症。
 - c. 胎盤早期剝離。
 - d. 早期破水超過 24 小時合併感染現象。
 - e. 母體心肺疾病：
 - (a) 嚴重心律不整，並附心臟科專科醫師診斷證明或心電圖檢查認定須剖腹產者。
 - (b) 經心臟科採用之心肺功能分級認定為第三或第四級心臟病，並附診斷證明。
 - (c) 嚴重肺氣腫，並附胸腔科專科醫師診斷證明。

- 七、不孕症、人工受孕或非以治療為目的之避孕及絕育手術。

【告知義務與本附約的解除】

第十三條 要保人及被保險人在訂立本附約時，對本公司要保書書面詢問的告知事項應據實說明，如有為隱匿或遺漏不為說明，或為不實的說明，足以變更或減少本公司對於危險的估計者，本公司得解除該被保險人附加之本附約，且無須返還已收受之保險費，其保險事故發生後亦同。但危險的發生未基於其說明或未說明的事實時，不在此限。
前項解除附約權，自本公司知有解除之原因後，經過一個月不行使而消滅；或自本附約訂立後，經過二年不行使而消滅。

本公司通知解除本附約時，如要保人死亡、失蹤或住所不明，通知不能送達時，本公司得將該項通知送達主契約之身故保險金受益人。

【附約的終止】

第十四條 本附約之投保應銜接於本公司非自負額型實支實付醫療保險商品（以下簡稱本附約所銜接之保險附約），故本附約有下列情形之一時，其效力即行終止：

一、要保人申請終止本附約或本附約所銜接之保險附約時。本附約之終止自本公司收到要保人書面或其他約定方式通知時，開始生效。

二、依主契約保單首頁所載之本附約保障期滿日屆滿時。

本附約被保險人身故時，本附約之效力即行終止。

主契約終止或經申請變更為展期定期保險時，除要保人亦同時辦理本附約之終止外，本附約仍持續有效至該期已繳保險費期滿後終止。

依第一項第一款或第二項約定終止本附約時，如有未到期保險費者，本公司應從當期已繳保險費扣除按日數比例計算已經過期間之保險費後，將其未到期保險費無息退還要保人。

【附約的繼續】

第十五條 主契約因保險事故發生而終止且本附約被保險人仍生存者，如要保人繼續繳交本附約續期保險費者，本公司仍負本附約之保險責任，不適用第十四條第三項約定。但依主契約約定本公司無給付保險金責任者，不適用本條約定。

【年齡的計算及錯誤的處理】

第十六條 被保險人的投保年齡，以足歲計算，但是未滿一歲的零數超過六個月者加算一歲，要保人在申請投保時，應將被保險人的出生年月日在要保書填明。

被保險人的投保年齡發生錯誤時，依下列約定辦理：

一、真實投保年齡較本公司保險費率表所載最高年齡為大或較所載最低年齡為小者，本附約無效，其已繳保險費無息退還要保人。

二、因投保年齡的錯誤，而致溢繳保險費者，本公司無息退還溢繳部分的保險費。

三、因投保年齡的錯誤，而致短繳保險費者，要保人得補繳短繳的保險費或按照所付的保險費與被保險人的真實年齡比例減少保險金額。但在發生保險事故後始發覺且其錯誤不可歸責於本公司者，要保人不得要求補繳短繳的保險費。

前項第一款、第二款情形，其錯誤原因歸責於本公司者，應加計利息退還保險費，其利息按「民法第二百零三條法定週年利率」計算。

【保險事故的通知與保險金的申請時間】

第十七條 要保人、被保險人或受益人應於知悉本公司應負保險責任之事故後十日內通知本公司，並於通知後儘速檢具所需文件向本公司申請給付保險金。

本公司應於收齊前項文件後十五日內給付之。但因可歸責於本公司之事由致未在前述約定期限內為給付者，應按年利一分加計利息給付。

【受益人】

第十八條 本附約各項保險金之受益人為被保險人本人，本公司不受理其指定及變更。

被保險人身故時，如本附約保險金尚未給付或未完全給付，則以被保險人之法定繼承人為該部分保險金之受益人。

前項法定繼承人之順序及應得保險金之比例適用民法繼承編相關規定。

【保險金的申領】

第十九條 受益人申領本附約各項保險金時，應檢具下列文件：

一、保險金申請書。

二、保險單或其謄本。

三、醫療診斷書或住院證明。（但要保人或被保險人為醫師時，不得為被保險人出具診斷書或住院證明。）

四、受益人係申領第八條至第九條各項醫療保險金者，需檢附醫療費用收據及醫療費用明細。

五、受益人的身分證明。

受益人申領保險金時，本公司基於審核保險金之需要，得徵詢其他醫師之醫學專業意見，並得經受益人同意調閱被保險人之就醫相關資料。因此所生之費用由本公司負擔。

【欠繳保險費或未還款項的扣除】

第二十條 本公司給付各項保險金或退還未到期保險費時，如要保人有欠繳保險費未還清或受益人溢領保險金之

情形者，本公司得先抵銷上述欠款及扣除其應付利息後給付其餘額。

【變更住所】

第二十一條 要保人的住所有變更時，應即以書面或其他約定方式通知本公司。
要保人不為前項通知者，本公司之各項通知，得以主契約所載要保人之最後住所發送之。

【時效】

第二十二條 由本附約所生的權利，自得為請求之日起，經過兩年不行使而消滅。

【續期保險費的調整】

第二十三條 本附約有效期間，因理賠實際經驗率達到調整保費之標準或全民健康保險給付項目範圍有所改變時，本公司得報請主管機關同意重新核定本附約保險費費率，每次調整後之新費率以不超過原始投保費率的百分之一百二十為限。本公司依核定之保險費費率調整續期保險費時，應於三個月前以書面通知要保人，續期保險費自次一保單週年日起按新核定之保險費費率重新計算。但本公司不得以被保險人當時之身體狀況作為調整續期保險費之依據。如要保人不同意新費率者，於下一保單年度始日之一個月前，應以書面通知本公司，且本附約之各項醫療保險金於下一保單年度始日零時起，將依其所付之保險費對應之新費率比例減少保險金額。

【批註】

第二十四條 本附約內容的變更，或記載事項的增刪，應經要保人與本公司雙方書面或其他約定方式同意，並由本公司即予批註或發給批註書。

【管轄法院】

第二十五條 因本附約涉訟者，同意以要保人住所所在地地方法院為第一審管轄法院，要保人的住所在中華民國境外時，以本公司總公司所在地地方法院為第一審管轄法院。但不得排除消費者保護法第四十七條及民事訴訟法第四百三十六條之九小額訴訟管轄法院之適用。

附表一：健保身分就醫

A(基本型)

計劃別		1	2	3	4	5	6	7	8
每日病房費用保險金	自負額	675	1,350	1,755	2,295	2,700	3,375	4,050	5,400
	限額	1,175	1,850	2,255	2,795	3,200	3,875	4,550	5,900
醫院雜費保險金	自負額	29,789	29,789	37,913	37,913	46,038	46,038	54,162	54,162
	限額	120,000	120,000	130,000	130,000	140,000	140,000	150,000	150,000

B(標準型)

計劃別		1	2	3	4	5	6	7	8
每日病房費用保險金	自負額	675	1,350	1,755	2,295	2,700	3,375	4,050	5,400
	限額	1,175	1,850	2,255	2,795	3,200	3,875	4,550	5,900
醫院雜費保險金	自負額	59,578	59,578	75,827	75,827	92,075	92,075	108,324	108,324
	限額	150,000	150,000	170,000	170,000	190,000	190,000	200,000	200,000

C(高額型)

計劃別		1	2	3	4	5	6	7	8
每日病房費用保險金	自負額	675	1,350	1,755	2,295	2,700	3,375	4,050	5,400
	限額	1,175	1,850	2,255	2,795	3,200	3,875	4,550	5,900
醫院雜費保險金	自負額	89,367	89,367	113,740	113,740	138,113	138,113	162,486	162,486
	限額	180,000	180,000	210,000	210,000	230,000	230,000	260,000	260,000

D(高額自負型)

計劃別		1	2	3	4	5	6	7	8
每日病房費用保險金	自負額	500	1,000	1,300	1,700	2,000	2,500	3,000	4,000
	限額	1,000	1,500	1,800	2,200	2,500	3,000	3,500	4,500
醫院雜費保險金	自負額	66,198	66,198	84,252	84,252	102,306	102,306	120,360	120,360
	限額	160,000	160,000	180,000	180,000	200,000	200,000	220,000	220,000

W(基本型)

計劃別		1	2	3	4	5	6	7	8
每日病房費用保險金	自負額	711	1,422	1,848	2,417	2,843	3,555	4,265	5,686
	限額	1,211	1,922	2,348	2,917	3,343	4,055	4,765	6,186
醫院雜費保險金	自負額	31,367	31,367	39,922	39,922	48,477	48,477	57,032	57,032
	限額	130,000	130,000	130,000	130,000	140,000	140,000	150,000	150,000

X(標準型)

計劃別		1	2	3	4	5	6	7	8
每日病房費用保險金	自負額	711	1,422	1,848	2,417	2,843	3,555	4,265	5,686
	限額	1,211	1,922	2,348	2,917	3,343	4,055	4,765	6,186
醫院雜費保險金	自負額	62,736	62,736	79,846	79,846	96,956	96,956	114,066	114,066
	限額	160,000	160,000	170,000	170,000	190,000	190,000	210,000	210,000

Y(高額型)

計劃別		1	2	3	4	5	6	7	8
每日病房費用保險金	自負額	711	1,422	1,848	2,417	2,843	3,555	4,265	5,686
	限額	1,211	1,922	2,348	2,917	3,343	4,055	4,765	6,186
醫院雜費保險金	自負額	94,104	94,104	119,768	119,768	145,433	145,433	171,098	171,098
	限額	190,000	190,000	210,000	210,000	240,000	240,000	270,000	270,000

Z(高額自負型)

計劃別		1	2	3	4	5	6	7	8
每日病房費用保險金	自負額	527	1,053	1,369	1,790	2,106	2,633	3,159	4,212
	限額	1,027	1,553	1,869	2,290	2,606	3,133	3,659	4,712
醫院雜費保險金	自負額	69,707	69,707	88,717	88,717	107,728	107,728	126,739	126,739
	限額	160,000	160,000	180,000	180,000	200,000	200,000	220,000	220,000

附表二：非健保身分就醫

A(基本型)

計劃別		1	2	3	4	5	6	7	8
每日病房費用保險金	自負額	500	1,000	1,300	1,700	2,000	2,500	3,000	4,000
	限額	870	1,370	1,670	2,070	2,370	2,870	3,370	4,370
醫院雜費保險金	自負額	22,066	22,066	28,084	28,084	34,102	34,102	40,120	40,120
	限額	89,000	89,000	96,000	96,000	104,000	104,000	111,000	111,000

B(標準型)

計劃別		1	2	3	4	5	6	7	8
每日病房費用保險金	自負額	500	1,000	1,300	1,700	2,000	2,500	3,000	4,000
	限額	870	1,370	1,670	2,070	2,370	2,870	3,370	4,370
醫院雜費保險金	自負額	44,132	44,132	56,168	56,168	68,204	68,204	80,240	80,240
	限額	111,000	111,000	126,000	126,000	141,000	141,000	148,000	148,000

C(高額型)

計劃別		1	2	3	4	5	6	7	8
每日病房費用保險金	自負額	500	1,000	1,300	1,700	2,000	2,500	3,000	4,000
	限額	870	1,370	1,670	2,070	2,370	2,870	3,370	4,370
醫院雜費保險金	自負額	66,198	66,198	84,252	84,252	102,306	102,306	120,360	120,360
	限額	133,000	133,000	156,000	156,000	170,000	170,000	193,000	193,000

D(高額自負型)

計劃別		1	2	3	4	5	6	7	8
每日病房費用保險金	自負額	500	1,000	1,300	1,700	2,000	2,500	3,000	4,000
	限額	870	1,370	1,670	2,070	2,370	2,870	3,370	4,370
醫院雜費保險金	自負額	66,198	66,198	84,252	84,252	102,306	102,306	120,360	120,360
	限額	136,000	136,000	155,000	155,000	175,000	175,000	194,000	194,000

W(基本型)

計劃別		1	2	3	4	5	6	7	8
每日病房費用保險金	自負額	527	1,053	1,369	1,790	2,106	2,633	3,159	4,212
	限額	897	1,423	1,739	2,160	2,476	3,003	3,529	4,582
醫院雜費保險金	自負額	23,235	23,235	29,572	29,572	35,909	35,909	42,246	42,246
	限額	96,000	96,000	96,000	96,000	104,000	104,000	111,000	111,000

X(標準型)

計劃別		1	2	3	4	5	6	7	8
每日病房費用保險金	自負額	527	1,053	1,369	1,790	2,106	2,633	3,159	4,212
	限額	897	1,423	1,739	2,160	2,476	3,003	3,529	4,582
醫院雜費保險金	自負額	46,471	46,471	59,145	59,145	71,819	71,819	84,493	84,493
	限額	119,000	119,000	126,000	126,000	141,000	141,000	156,000	156,000

Y(高額型)

計劃別		1	2	3	4	5	6	7	8
每日病房費用保險金	自負額	527	1,053	1,369	1,790	2,106	2,633	3,159	4,212
	限額	897	1,423	1,739	2,160	2,476	3,003	3,529	4,582
醫院雜費保險金	自負額	69,707	69,707	88,717	88,717	107,728	107,728	126,739	126,739
	限額	141,000	141,000	156,000	156,000	178,000	178,000	200,000	200,000

Z(高額自負型)

計劃別		1	2	3	4	5	6	7	8
每日病房費用保險金	自負額	527	1,053	1,369	1,790	2,106	2,633	3,159	4,212
	限額	897	1,423	1,739	2,160	2,476	3,003	3,529	4,582
醫院雜費保險金	自負額	69,707	69,707	88,717	88,717	107,728	107,728	126,739	126,739
	限額	137,000	137,000	156,000	156,000	176,000	176,000	196,000	196,000