

衛生福利部

體外受精(俗稱試管嬰兒)人工生殖技術補助方案

衛生福利部 104 年 4 月 16 日部授國字第 1040400050 號公告訂定
衛生福利部 108 年 1 月 3 日衛授國字第 1070403159 號公告修正
衛生福利部 110 年 6 月 10 日衛授國字第 1100401311 號公告修正

壹、背景說明

由於現今社會普遍存在晚婚、晚育的現象，民國 108 年男女性平均初婚年齡為 32.6 歲、30.4 歲，婦女第一胎平均生育年齡延後為 31.0 歲，又依生母年齡結構，分析 108 年之生育情形，其中生母年齡為 30~34 歲者最多，達 36.0%，而 35~39 歲為 25.5%，遲育趨勢相當明顯；因此也同時呈現不孕或甚至想生不生之問題。醫學上不孕之定義為有正常性生活，未有任何避孕措施，但經過一年仍未懷孕者，依據世界衛生組織於 2018 年出版之家庭計畫手冊，想生育卻受不孕困擾之夫妻比率約 12%；據國內臨床專家經驗表示不孕症比率約在 10-15%。由於人工生殖費用昂貴，對不孕夫妻形成相當的經濟負擔，許多先進國家多有由政府補助試管嬰兒費用，據 2019 年國際生殖學會聯合會人工協助生殖調查報告(IFFS Surveillance 2019)，已有 37 個國家提供試管嬰兒補助(以下簡稱本方案)。

為支持與協助不孕夫妻生育願望，衛生福利部(以下簡稱本部)於 104 年 4 月 16 日公布施行「低收入戶及中低收入戶之體外受精(俗稱試管嬰兒)補助方案」補助低收入戶及中低收入戶之不孕夫妻。復經檢討該方案實施成效及參酌亞洲國家，如南韓、日本及新加坡等國家提供不孕夫妻試管嬰兒補助之經驗，並考量高齡婦女懷孕生產之母嬰健康風險。擴大補助人工生殖對象至妻未滿 45 歲之不孕夫妻，爰修正本方案內容，並修正方案名稱為「體外受精(俗稱試管嬰兒)人工生殖技術補助方案」。

貳、方案目的

- 一、滿足不孕夫妻生育期待。
- 二、減輕不孕夫妻進行試管嬰兒之經濟負擔。
- 三、減少人工生殖多胞胎率及卵巢過度刺激症候群之發生。

參、實施期程

自 110 年 7 月 1 日起實施。

肆、實施方法

一、補助對象資格

- (一)至少一方具中華民國國籍之不孕夫妻，且妻年齡為 44 歲(含)以下。

(二)經人工生殖機構施術醫師診斷為不孕夫妻，須接受體外受精人工生殖技術。

二、受術妻年齡及申請補助次數上限

(一)受術妻年齡 39 歲以下(含 39 歲)者：生育單一胎次嬰兒過程中，最多補助 6 次。

(二)受術妻年齡 40 歲以上(含 40 歲)且 44 歲以下(含 44 歲)者：生育單一胎次嬰兒過程中，最多補助 3 次。

(三)受術妻年齡以申請本方案之月份計算，且於申請日起一年內，完成該次申請之療程。

受術妻每胎各次申請補助時之年齡 受術妻每胎第 1 次申請補助時之年齡	於 39 歲(含)以下時，已申請補助次數	於 40 歲至 44 歲(含)以下時，得申請補助次數	超過 44 歲者申請補助	申請補助總次數
39 歲(含)以下	1 次	最多 5 次	不予補助	最多 6 次
	2 次	最多 4 次		
	3 次	最多 3 次		
	4 次	最多 2 次		
	5 次	最多 1 次		
	6 次	不予補助		
40 歲以上至 44 歲(含)以下		最多 3 次		最多 3 次

三、補助項目

(一)至本部國民健康署特約之人工生殖機構(以下簡稱特約機構)進行不孕症之體外受精(俗稱試管嬰兒)人工生殖技術療程，補助療程項目包括：誘導排卵、取卵、取精、體外受精、胚胎培養、胚胎植入及懷孕確認等手術或處置(附表一)。

(二)本方案補助項目費用別如附表二，另做人工授精(AIH)而非試管嬰兒，則不予補助。冷凍保存費及解凍再度冷凍費亦非補助範圍項目。

(三)胚胎植入數：

1.受術妻 35 歲(含)以下最多植入 1 個胚胎。

2.受術妻 36 歲至 44 歲(含)以下最多植入 2 個胚胎。

四、補助額度：

- (一)中低收入戶或低收入戶之不孕夫妻：每次補助上限 15 萬元，若實支金額未達者，則以實支金額補助之。
- (二)非低收入戶及中低收入戶之不孕夫妻：依療程 (附表一)給予不同補助額度如下表，若實支金額未達者，則以實支金額補助之。

申請次數/ 療程額度	取卵至形成胚胎 植入 ²	僅取卵，因特定因素無法 進入胚胎植入療程者 ³	僅植入 胚胎 ⁴
首次申請 ¹	10 萬	7 萬	3 萬
再次申請	6 萬	4 萬	2 萬

備註：

1. 「首次申請」表示「第一次申請」補助方案者，以申請之受術妻是否曾獲本方案之試管嬰兒補助為判定依據。如於首次申請後之一年施術效期內，因故皆未施術，後續再次申請資格審查時，因該受術妻未曾獲本方案國民健康署試管嬰兒補助款，爰仍視為「首次申請」。
 2. 療程內容如附表一之治療內容 A 或 B。
 3. 療程內容如附表一之治療內容 D 或 E 或 F。
 4. 療程內容如附表一之治療內容 C。
- (三)上表中無法進入胚胎植入療程之特定因素包括：受術妻因出現嚴重之卵巢過度刺激症候群或體質因素而取不到卵子、受術妻取不到狀況良好的卵子而中止療程、受術妻健康狀況改變導致其因懷孕或生產有嚴重危害生命之虞情形、胚胎發育異常(含胚胎分裂停止、萎縮、多精子受精等)、無法體外受精等，導致不孕夫妻無法進行胚胎植入療程。

五、人工生殖機構之資格(以下簡稱特約機構)：本部許可通過之人工生殖機構，且與本部國民健康署特約，其申請補助之醫療項目及費用須經當地縣市政府衛生局核備。

六、申請方式及流程

- (一)申請人應備妥身分證明文件正本及影本、中低收入戶或低收入戶之證明文件正本(一般夫妻免附)等，請特約機構確認申請資格，至本部國民健康署指定之系統(以下簡稱本系統)，登錄體外受精(俗稱試管嬰兒)人工生殖技術施術補助資格審查表(附表三)，紙本印出附表三，由不孕夫妻雙方簽具申請人(不孕夫妻)聲明書一式二份(附表三)，由不孕夫妻留存一聯，特約機構留存一聯。
- (二)特約機構完成本系統附表三登錄作業，本系統自動檢核申請人是否於其他機構重複申請，若有重複申請，經不孕夫妻同意放棄前

次申請後，由特約機構於本系統附表三勾選放棄本系統前已核給補助申請案編號後，始能產出申請人之本次補助申請案編號。

- (三)列印體外受精(俗稱試管嬰兒)人工生殖技術補助通知書(國民健康署用)(附表四)予申請補助之不孕夫妻。
- (四)完成療程之個案由特約機構依本方案補助之施行項目費用別一覽表(附表二)，於本系統完成體外受精(俗稱試管嬰兒)人工生殖技術施術結果證明書(附表五)及施術補助項目費用表(附表六)，印出附表五紙本，由申請人夫妻自行留存。
- (五)特約機構應協助完成施術之受補助申請人向本部國民健康署依實際申請補助費用，於本系統登錄體外受精(俗稱試管嬰兒)人工生殖技術施術補助之醫療費申請表(附表七)，紙本印出由申請人夫妻簽名確認，將該表及中低收入戶或低收入戶之證明文件(一般夫妻免附)等上傳到本系統，申請人夫妻留存附表七影本。
- (六)若申請人夫妻於為其辦理資格審查之人工生殖機構(以下簡稱原機構)，接受取卵手術或冷凍胚胎後，更換至另一家特約人工生殖機構(以下簡稱新機構)接受後續療程，需備妥身分證明文件正本與影本、原機構提供之附表五影本及附表六影本等資料，至新機構受術，由新機構於本系統登錄體外受精(俗稱試管嬰兒)人工生殖技術施術補助之醫療費申請表(附表七)，紙本印出由申請人夫妻簽名確認，將該表、原機構開立之附表五與附表六影本，以及中低收入戶或低收入戶之證明文件(一般夫妻免附)等上傳到本系統，申請人夫妻留存附表七影本。(備註：本部國民健康署需時勾稽及審核跨機構服務之申請補助案，爰此類案件審核通過期限較長)。
- (七)本部國民健康署審核通過後(若經審核發現檢附資料不完整，則請補件)，若核撥補助金額與申請補助金額相符，則逕予匯款予申請人，若核撥補助金額少於申請補助金額，則除匯款予申請人外，並另寄送體外受精(俗稱試管嬰兒)人工生殖技術審核補助金額通知(附表八)予申請人，若申請人對補助金額有異議，應於收到該通知之日起1個月內，以書面敘明理由及檢具證明文件，向衛生福利部(國民健康署)申請再審。
- (八)通過申請本補助方案之民眾，應於一年內完成療程，其補助費用之申請，應於就醫療程結束後六個月內(以懷孕確認或治療終止日為準)向本部國民健康署提出，逾期不予補助。

附表一
體外受精(俗稱試管嬰兒)人工生殖技術施術補助對象之施術範圍

補助對象	施術方式及結果	至取卵為止			取精	體外受精	胚胎培養	胚胎植入				懷孕確認	補助對象範圍	
		誘導排卵	偵測卵泡成長	取卵				新鮮胚胎		冷凍胚胎	冷凍胚胎			
								胚胎植入	補充黃體素促進著床		胚胎植入			補充黃體素促進著床
A 實施新鮮胚胎植入														
B 實施冷凍胚胎植入※														
C 將過去冷凍胚胎解凍並進行胚胎植入														
D 有進行取卵，因體況不佳等，別無他法之原因終止治療													補助對象	
E 無法受精或因胚胎分裂停止、萎縮、多精子受精等異常受精而中止													補助對象	
F 已取卵卻不得卵或是因取不到狀態良好卵子而中止													補助對象	
G 卵泡未發育、或是因停止取卵而中止													非補助對象	
H 因取卵準備中、或體況不佳而中止													非補助對象	

※B：以當初治療方針為基礎進行治療：在取卵、受精後，距離間隔至受術妻狀態準備好，再進行胚胎植入的情況。

G、H：不予以補助。

**附表二
體外受精(俗稱試管嬰兒)人工生殖技術補助方案之施行項目費用別一覽表**

施術流程	補助之施行項目費用別
醫師診療及門診費	診療及門診費(含掛號費)
基本檢查	術前應檢查夫妻 VDRL、HIV、太太之 AMH、AFC 等卵巢功能、FSH、LH、E2、P4、婦科超音波，及術前 CBC、PT/PTT、電解質、EKG 等之檢查費。
誘導排卵(增加成熟卵子的數目)	排卵藥物費(排卵藥、排卵針、腦下垂體抑制劑、破卵針)
偵測卵泡成長狀況	血液檢查費(次)
	超音波檢查費
取卵	取卵手術費、取卵麻醉費、取卵材料費
卵子找尋	卵子找尋處理費
取精	輸精管取精費、睪丸取精費、睪丸顯微取精費、顯微副睪丸取精費、膀胱尿液精子收集費(逆行性射精)、輸精管精子吸取術費(比照輸精管結紮費用)、電激取精費
冷凍精蟲	冷凍精蟲費
精液檢查及洗滌	精液檢查費、精液洗滌費
體外受精	體外受精費
精蟲顯微注射(ICSI)	精蟲顯微注射費(ICSI)
胚胎培養	胚胎培養費
囊胚培養	囊胚培養費
協助胚胎孵化術(AH)	協助胚胎孵化術費(AH)
胚胎植入	胚胎植入費
冷凍胚胎	冷凍胚胎費*、胚胎解凍費
補充黃體素促進著床	黃體素費
諮詢衛教	諮詢衛教費

備註*：冷凍胚胎費係指新鮮胚胎未及於當次植入之冷凍費，而非後續之冷凍保存費，即冷凍保存費及解凍再度冷凍保存費非補助範圍項目。

附表三

體外受精(俗稱試管嬰兒)人工生殖技術施術補助資格審查表

申請人基本資料(受術夫妻)	姓 名	身分證統一編號/ 外籍統一證號或 護照號碼	出 生 日 期	電 話 及 Email
	夫		年 月 日	電話: Email:
	妻		年 月 日	電話: Email:
	戶籍地	郵遞區號□□□□□□ 縣市 鄉鎮市區 村/里 鄰 路/街 段 巷 弄 號 樓之		
	現居地	<input type="checkbox"/> 同上 郵遞區號□□□□□□ 縣市 鄉鎮市區 村/里 鄰 路/街 段 巷 弄 號 樓之		
	內政部戶政司網 站身分驗證資料	驗證身分證統一編號 領補換類別： <input type="checkbox"/> 初發 <input type="checkbox"/> 補發 <input type="checkbox"/> 換發	發證日期	發證地點(縣市)
不孕原因	<input type="checkbox"/> (1)輸卵管因素 <input type="checkbox"/> (2)卵巢因素 <input type="checkbox"/> (3)子宮內膜異位症 <input type="checkbox"/> (4)其他子宮因素 <input type="checkbox"/> (5)其他女性因素 (請註明_____) <input type="checkbox"/> (6)男性因素 <input type="checkbox"/> (7)多種因素 <input type="checkbox"/> (9)不明原因(註:若為二種以上不孕原因,請 填寫代碼(7))			
符合進行體外受精(試管嬰兒)治療		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
本次申請 補助次數	<input type="checkbox"/> 首次申請 <input type="checkbox"/> 非首次申請(本次為第____次申請)	受術妻第1次申請補助 之 年 齡	<input type="checkbox"/> 39歲(含)以下:____歲 <input type="checkbox"/> 40~44歲(含)以下:____歲	
受術妻已生育幾胎		是否為低收入戶或中低收入戶 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
是否曾於其他機構申請本次補助 (回復「是」,另勾選右側選項)		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 放棄其他機構之補助申請案編號 <input type="checkbox"/> 不放棄其他機構之補助申請案編號,但後續施行療程改 由本次申請之人工生殖機構執行。		
代申請之人工 生殖機構資料	醫事機構代碼	醫事機構名稱		
資格審查結果	<input type="checkbox"/> 不孕夫妻至少一方具我國國籍,受術妻年齡為44歲(含)以下,補助次數符合本方案規定。 <input type="checkbox"/> 不符合本方案補助資格。			
不孕夫妻 應備文件	1. 夫妻身分證證明文件影本(正面及反面)1份(機構依醫療法規定留存) 2. 低收入戶或中低收入戶證明文件正本1份(一般夫妻免附)			

申請人(不孕夫妻)聲明書

本人已瞭解體外受精(俗稱試管嬰兒)人工生殖技術補助方案內容,包括施術效期為申請日起1年以內、補助項目、補助額度、於療程結束6個月內申請補助等規定,保證該方案資格審查申請表所填各項資料及所附文件均為真實,且無重複申請之情事,並知悉提供不實資料及違反相關法令之後果,若有可歸責於己之事由,除繳回所領金額並自負一切法律責任。另同意授權後續施術之人工生殖機構查詢本人是否曾向衛生福利部國民健康署指定系統申請本次補助,並同意核撥補助金額與本人申請補助金額相同時,無須通知本人。

身分證統一編號/

外籍統一證號或護照號碼 夫 _____ 妻 _____

申請人(受術夫妻)簽章: 夫 _____



妻 _____



申請日期: 中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

備註:不孕夫妻雙方簽具申請人(不孕夫妻)聲明書1式2份,由不孕夫妻留存1聯,特約人工生殖機構留存1聯。

附表四 體外受精(俗稱試管嬰兒)人工生殖技術補助通知書(國民健康署用)

補助申請案編號：○○-○○-○○○號

申請人： 夫：姓名 (身分證統一編號)

妻：姓名 (身分證統一編號)

1. 經審查符合體外受精(俗稱試管嬰兒)人工生殖技術補助方案資格。
2. 施術日期須於申請日起一年內(年 月 日 ~ 年 月 日止)。
3. 受術妻此胎第一次申請年齡：_____，本次為此胎第_____次申請，尚可申請_____次。
4. 申請本補助方案之費用，應於施術療程結束後六個月內(以懷孕確認或治療終止日為準)向衛生福利部國民健康署(以下簡稱本署)提出申請，逾期不予補助。

衛生福利部 國民健康署

中 華 民 國 年 月 日

*注意事項

1. 補助申請及流程：

- (1) 經審核符合補助資格者，請至為您申請本方案補助之本署特約之人工生殖機構施術。
 - (2) 補助項目包括誘導排卵、取卵、取精、體外受精、胚胎培養、胚胎植入及懷孕確認等手術或處置。另不包括申請人持人工生殖機構開立處方箋至藥局購買排卵藥物或黃體素者。
 - (3) 完成施術後依實申請補助費用，委託由人工生殖機構上傳本署資訊系統之文件如下：
 - A. 體外受精(俗稱試管嬰兒)人工生殖技術施術補助之醫療費申請表。
 - B. 中低收入戶或低收入戶之證明文件正本(一般夫妻免附)。
 - C. 申請人至2家人工生殖機構接受療程且未放棄補助申請案編號者，需檢附第一次申請資格審查之人工生殖機構所開立之附表五及附表六。
 - (4) 經本署審核，依審核通過之經費補助。
2. 申請本補助方案之費用，應於施術療程結束後六個月內(以懷孕確認或治療終止日為準)向本署提出申請，逾期不予補助。

3. 補助項目及額度：

- (1) 進行不孕症之體外受精(俗稱試管嬰兒)人工生殖技術補助(補助項目如附件)。僅做人工授精(AIH)而非試管嬰兒，不予補助。冷凍保存費及解凍再度冷凍費非補助範圍項目。
- (2) 非低收入戶及中低收入戶之不孕夫妻：依療程給予不同補助額度如下表，若實支金額未達者，則以實支金額補助之。

申請次數/療程額度	取卵至形成胚胎植入	僅取卵，因特定因素無法進入胚胎植入療程者	僅植入胚胎
首次申請	10 萬	7 萬	3 萬
再次申請	6 萬	4 萬	2 萬

- (3) 每對低收入戶或中低收入戶之不孕夫妻最高核給新臺幣 15 萬元，若實支金額未達者，則以實支金額補助。

- (4) 不符合下列胚胎植入數之規定，本署不予補助：

- A. 受術妻 35 歲(含)以下最多植入 1 個胚胎。
- B. 受術妻 36 歲至 44 歲(含)以下最多植入 2 個胚胎。

4. 本表請妥為保存。

附表五體外受精(俗稱試管嬰兒)人工生殖技術施術結果證明書

補助申請案編號：○○-○○-○○○號

申請人基本資料		姓 名	出 生 日 期	身分證統一編號/外籍統一證號或護照號碼
	夫		年 月 日	
	妻		年 月 日	
本次施術情形		<p>請勾選一項與本次施術情形符合之選項：</p> <p><input type="checkbox"/>A. 實施新鮮胚胎植入(35歲(含)以下一次植入1個胚胎；36歲至44歲(含)以下最多植入2個胚胎)。</p> <p><input type="checkbox"/>B. 實施冷凍胚胎植入(35歲(含)以下一次植入1個胚胎；36歲至44歲(含)以下最多植入2個胚胎)。</p> <p><input type="checkbox"/>C. 將過去冷凍胚胎解凍並進行胚胎植入(35歲(含)以下一次植入1個胚胎；36歲至44歲(含)以下最多植入2個胚胎)。</p> <p><input type="checkbox"/>D. 有進行取卵，因體況不佳等，別無他法之原因終止治療。</p> <p><input type="checkbox"/>E. 無法受精或因胚胎分裂停止、萎縮、多精子受精等異常受精而中止。</p> <p><input type="checkbox"/>F. 已取卵卻不得卵或是因取不到狀態良好卵子而中止。</p> <p><input type="checkbox"/>1. 在本機構完成部分施術流程(如附表六)，其他特約人工生殖機構，進行後續療程。</p> <p>註：以上任一項相符者屬補助對象，無法進行取卵者(G、H)不屬於補助對象(詳附表一)。若勾選1者，請轉知申請人備妥身分證明文件正本與影本、本表影本、附表六影本至其他特約人工生殖機構進行後續療程，並請申請人自行確認冷凍生殖細胞或冷凍胚胎轉移過程符合冷凍保存規範。</p>		
本次施術期間		年 月 日 ~ 年 月 日(懷孕確認或治療終止日)		
取卵施行日期		年 月 日		
胚胎植入施行日期		年 月 日		
<p>以上病人經本院(所)診斷治療屬實，且填列資料屬實，特予證明</p> <p>醫事機構名稱：_____</p> <p>地址：_____</p>				

備註：本表請列印一份由申請補助之受術夫妻留存。

**附表六
申請體外受精(俗稱試管嬰兒)人工生殖技術施術補助項目費用表**

補助申請案編號：○○-○○-○○○號

1. 本次申請補助之療程均由本機構執行。
2. 本機構執行取卵或形成胚胎等施術流程，後續施行療程改由其他人工生殖機構執行。
3. 本機構執行植入胚胎等部分療程，另有部分施術流程由其他特約人工生殖機構執行。

項目代碼	施術流程	補助施術項目費用別	有執行請勾選
A01	醫師診療及門診費	診療及門診費(含掛號費)	
A02	基本檢查	術前應檢查夫妻 VDRL、HIV、太太之 AMH、AFC 等卵巢功能、FSH、LH、E2、P4、婦科超音波，及術前 CBC、PT/PTT、電解質、EKG 等之檢查費。	
A03	誘導排卵(增加成熟卵子的數目)	排卵藥物費(排卵藥、排卵針、腦下垂體抑制劑、破卵針)	
A04	偵測卵泡成長狀況	血液檢查費(次)	
		超音波檢查費	
A05	取卵	取卵手術費及材料費	
		取卵麻醉費	
A06	卵子找尋	卵子找尋處理費	
A07	取精	輸精管取精	
		睪丸取精	
		睪丸顯微取精	
		顯微副睪丸取精	
		膀胱尿液精子收集(逆行性射精)	
		輸精管精子吸取術(比照輸精管結紮費用)	
		電激取精	
A08	冷凍精蟲	冷凍費	
A09	精液檢查及洗滌	精液檢查費、精液洗滌費	
A10	體外受精	體外受精費	

項目代碼	施術流程	補助施術項目費用別	有執行請勾選
A11	精蟲顯微注射(ICSI)	精蟲顯微注射費(ICSI)	
A12	胚胎培養	胚胎培養費	
A13	囊胚培養	囊胚培養費	
A14	協助胚胎孵化術(AH)	協助胚胎孵化術費(AH)	
A15	胚胎植入	胚胎植入費	
A16	冷凍胚胎	冷凍胚胎費、胚胎解凍費	
A17	補充黃體素促進著床	黃體素費	
A18	諮詢衛教	諮詢衛教費	
醫療費用合計			
申請補助金額			

備註：另補助項目不包括申請人持人工生殖機構開立處方箋至藥局購買排卵藥物或黃體素者。

附表七體外受精(俗稱試管嬰兒)人工生殖技術施術補助之醫療費申請表

補助申請案編號：○○-○○-○○○號

申請補助金額	拾 萬 仟 佰 拾 萬 元整			
核准診療期間	中華民國____年____月____日 ~ ____年____月____日止			
本次施術期間	中華民國____年____月____日 ~ ____年____月____日止			
就診人工生殖機構名稱				
申請人	姓 名	身分證統一編號/外籍 統一證號或護照號碼	出 生 日 期	電 話
受 術 夫			年 月 日	住宅: 手機:
受 術 妻			年 月 日	住宅: 手機:
匯 款 戶 名	郵局或 銀行名稱		(分行)	
	局/帳號			
應 備 文 件 (確認並勾選)	<input type="checkbox"/> 1. 本醫療費申請表 <input type="checkbox"/> 2. 中低收入戶或低收入戶之證明文件(一般夫妻免附) <input type="checkbox"/> 3. 申請人至2家人工生殖機構接受療程且未放棄補助申請案編號者,需檢附第一次申請資格審查之人工生殖機構所開立之附表五及附表六。			
<p>本人已瞭解本申請表各節,保證上述所填各項資料及所附文件均為真實,及未有溢領補助之情事,並知悉提供不實資料及違反相關法令之後果,若有提供資料不實,且可歸責於己之事由,除繳回所領金額並自負一切法律責任。</p> <p>本申請之醫療補助款若經本部國民健康署審核通過並核撥至上述指定帳戶內,日後若有具領爭議,本人願負法律上完全責任。</p>				
<p>申請人(受術夫妻)簽章: 夫 _____ <input type="checkbox"/> 妻 _____ <input type="checkbox"/></p> <p>申請日期: 中華民國_____年_____月_____日</p>				
<p>本人委託_____ (人工生殖機構名稱)向貴署辦理體外受精(俗稱試管嬰兒)人工生殖技術施術補助之醫療費申請。此致 衛生福利部國民健康署。</p> <p>申請人(受術夫妻)簽章: 夫 _____ <input type="checkbox"/> 妻 _____ <input type="checkbox"/></p> <p>委託日期: 中華民國_____年_____月_____日</p>				

※備註: 申請人應備齊相關證明文件,於施術療程結束後6個月內(以懷孕確認或治療終止日為準),向衛生福利部國民健康署提出申請(地址:台北市大同區塔城街36號;電話:02-25220642),逾期不予補助。

*申請補助金額經衛生福利部國民健康署審核結果若同意核撥,將於一個月內逕予匯款至申請人帳戶,若同意核撥金額較申請補助金額低,則將另寄通知函予申請人。

附表八
體外受精(俗稱試管嬰兒)人工生殖技術審核補助金額通知

核准之補助申請案編號			核准日期	年 月 日
申請人 基本資料 (受術夫妻)	姓名	身分證統一編號/外籍 統一證號或護照號碼	出生日期	電話
	夫		年 月 日	住宅: 手機:
	妻		年 月 日	住宅: 手機:
經衛生福利部國民健康署審核結果：				
本次申請補助金額：新臺幣 元整 同意核撥金額：新臺幣 元整 核刪原因說明：				
申請人就上述補助金額有異議者，請於收到本表之日起1個月內，以書面敘明理由及檢具相關證明文件，向衛生福利部（國民健康署）申請再審。				

圖一

人工生殖技術補助經費申請流程圖(特約人工生殖機構協助申請)

