

衛生福利部

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

中華民國 104 年 4 月 16 日

壹、背景說明

由於現今社會普遍存在晚婚、晚育的現象，民國 102 年男女性平均初婚年齡為 32.0 歲、29.7 歲，婦女第一胎平均生育年齡延後為 30.4 歲，又依生母年齡結構，分析 102 年之生育情形，其中生母年齡為 30~34 歲者最多，達 39.8%，而 35~39 歲為 11.7%，遲育趨勢相當明顯；因此也同時呈現不孕或甚至想生生不出來之問題。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，世界衛生組織 1991 年資料顯示，育齡期夫妻中不孕之比率約在 8-12%；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 2013 年國際生殖學會聯合會人工協助生殖調查報告（IFFS Surveillance 2013），已有 31 個國家提供人工生殖補助。亞洲國家如南韓、日本及新加坡皆有提供不孕夫妻人工生殖補助。

為支持與協助不孕夫妻生育願望、追求幸福、建構完整家庭，本部國民健康署爰辦理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。

貳、計畫目的

- 一、對有意願生育之不孕夫妻提供支持和協助。
- 二、減少弱勢家庭不孕夫妻施行人工生殖技術經濟負擔。
- 三、減少人工生殖多胞胎率及卵巢過度刺激症候群（OHSS）之發生。

參、計畫期程

自公告日起辦理。

肆、實施方法

一、補助對象資格：

- （一）低收入戶及中低收入戶之不孕夫妻，且夫妻至少一方具中華民國國籍。
- （二）經醫師診斷須接受體外受精人工生殖技術，並已進行取卵手術(或使用

過去之冷凍胚胎施術)。

二、補助項目及額度：

- (一) 進行不孕症之體外受精(俗稱試管嬰兒)人工生殖技術補助。僅做人工授精(AIH)而非試管嬰兒，則不予補助。
- (二) 胚胎植入數：35歲(含)以下最多植入1個胚胎、36歲以上最多植入2個胚胎。
- (三) 每對不孕夫妻每年補助金額最高核給新臺幣10萬元整，若實支金額未達者，則以實支金額補助之。
- (四) 人工生殖機構開立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。

三、申請方式及流程：

- (一) 申請人應備齊1.體外受精施術補助之資格審查申請表(附表一)，2.人工生殖機構開立之不孕症診斷證明，3.低收入戶或中低收入戶證明文件正本等，向本部國民健康署事先提出申請補助。
 - (二) 經本部國民健康署審核，符合補助資格者，本部國民健康署核發低收入戶及中低收入戶體外受精(俗稱試管嬰兒)施術同意補助證明書(表二)。民眾持該補助證明書至本補助方案之合約院所施術。
 - (三) 完成施術之受補助申請人須檢具1.診療期間繳費收據明細表正本，2.人工生殖機構開立之施術診斷證明書正本(表三)，3.申請人金融機構存摺封面影本，4.體外受精(俗稱試管嬰兒)施術補助之醫療費申請表(表四)，向本部國民健康署依實申請補助費用。
 - (四) 本部國民健康署寄送同意核撥之補助金額及領據(表五)，由申請人簽具領據寄回本部國民健康署，再匯款予申請人。
- 四、申請本補助方案之費用，應於就醫療程結束後六個月內(以醫療收據日期為準)向本部國民健康署提出申請，逾期不予補助。

附表一

體外受精（俗稱試管嬰兒）施術補助之資格審查申請表（個案申請用）

申請人 （受術夫妻） 基本資料	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 E m a i l	
	本人		年 月 日	住宅： 手機： Email：	
	配偶		年 月 日	住宅： 手機： 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	郵遞區號□□□□□□ 縣市 鄉鎮市區 村里 鄰 路/街 段 巷 弄 號 樓之			
	# 請提供夫妻一方之身分證黏貼於下方表格				
黏貼身分證影本(正面)			黏貼身分證影本(背面)		
應備文件 (確認並勾選)	<input type="checkbox"/> 1. 人工生殖機構開立之不孕症診斷證明正本 1 份 <input type="checkbox"/> 2. 中低收入戶或低收入戶證明文件正本 1 份 <input type="checkbox"/> 3. 本資格審查申請表 1 份				
<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，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。</p> <p>申請人(受術夫妻)簽章：夫_____ <input type="checkbox"/></p> <p>妻_____ <input type="checkbox"/></p> <p>申請日期：中華民國_____年_____月_____日</p>					

※備註

1. 補助審查條件：低收入戶或中低收入戶之不孕夫妻，補助對象夫妻至少一方應具中華民國籍。
2. 申請人應備齊證明文件，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)。

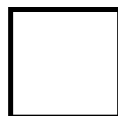
體外受精（俗稱試管嬰兒）施術同意補助證明書（國民健康署核發用）

補助者編號：○○-○○-○○○號

申請人：姓名 _____（身分證統一編號） 所提申請案，經衛生福利部國民健康署核
配 偶：姓名 _____（身分證統一編號） 定如下：

- 1. 經審查符合體外受精（俗稱試管嬰兒）補助方案資格特開此證。
- 2. 台端須持此證明書至本補助方案之合約院所施術。
- 3. 施術日期須於本證明書核准日起一年內（ 年 月 日 ~ 年 月 日止）。
- 4. 申請本補助方案之費用，應於施術療程結束後六個月內（以醫療收據日期為準）向衛生福利部國民健康署提出申請，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) 經本部國民健康署審核，符合補助資格者持本補助證明書至本補助方案之合約院所施術。
- (2) 完成施術之受補助申請人依實申請補助費用須檢具應備文件（如下）向本部國民健康署申請補助。

- A. 體外受精（俗稱試管嬰兒）施術同意補助證明。
- B. 補助費用申請表。
- C. 機構開立之施術結果證明書正本
- D. 繳費收據明細表正本
- E. 申請人金融機構存摺封面影本

- (3) 經本部國民健康署審核後，申請人簽具領據後，本部國民健康署匯款同意補助金額。

2. 申請本補助方案之費用，應於施術療程結束後六個月內（以醫療收據日期為準）向衛生福利部國民健康署提出申請，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。僅做人工授精（AIH）而非試管嬰兒，則不予補助。
- (2) 每對不孕夫妻每年補助金額最高核給新臺幣 10 萬元，若實支金額未達者，則以實支金額補助。
- (3) 人工生殖機構開立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。
- (4) 胚胎植入數：35 歲(含)以下最多植入 1 個胚胎、36 歲以上最多植入 2 個胚胎。

4. 本表為施術憑證，請妥為保存。

體外受精（俗稱試管嬰兒）施術結果證明書（人工生殖機構專用）

補助者編號：○○-○○-○○○號

申請人基本資料	受術妻姓名		出生日期	年 月 日	身分證統一編號 /外籍統一證號 或護照號碼	
	受術夫姓名		出生日期	年 月 日	身分證統一編號 /外籍統一證號 或護照號碼	
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> <input type="checkbox"/> A. 實施新鮮胚胎植入(35歲以下一次植入1個胚胎、36歲以上一次最多植入2個胚胎)。 <input type="checkbox"/> B. 實施冷凍胚胎植入(35歲以下一次植入1個胚胎、36歲以上一次最多植入2個胚胎)。 <input type="checkbox"/> C. 將過去冷凍胚胎解凍並進行胚胎植入(35歲以下一次植入1個胚胎、36歲以上一次最多植入2個胚胎)。 <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。 <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。 <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。 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）。					
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)醫師診斷屬實，特予證明</p> <p>醫事機構名稱_____</p> <p>地址：_____</p> <p>院長（負責人）：_____</p> <p>診斷醫師：_____</p> <p>醫師證書字號：_____</p> <p>診斷書出具日期： 年 月 日</p> <div style="border: 1px dashed black; padding: 10px; width: fit-content; margin-left: auto; margin-right: auto;"> （請蓋關防及負責醫師章） </div>						

附表三-1
體外受精（俗稱試管嬰兒）施術補助對象之施術範圍

【本補助方案經費由菸品健康福利捐支應】

補助對象	治療內容	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
補助對象	A 實施新鮮胚胎植入											補助對象		
	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													
	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													
	F 已取卵卻不得卵或是因取不到狀態良好卵子而中止													
非補助對象	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													

※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。

附表四

【本補助方案經費由菸品健康福利捐支應】

體外受精（俗稱試管嬰兒）施術補助之醫療費申請表（個案申請用）

申請補助金額	拾 萬 仟 佰 拾 元整			
核准診療期間	中華民國_____年____月____日 ~ _____年____月____日止			
實際就診期間	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
本人			年 月 日	住宅: 手機:
配偶			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. 診療期間繳費收據明細表正本1份, (共____張收據, 總金額新台幣_____元) <input type="checkbox"/> 2. 機構開立之施術診斷證明書正本1份 <input type="checkbox"/> 3. 申請人金融機構存摺封面影本1份 <input type="checkbox"/> 4. 本醫療費申請表1份			
<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, 且本補助醫療費用不得列為個人綜合所得稅醫藥及生育費之列舉扣除額, 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。</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>				
申請人(受術夫妻)簽章: 夫_____		<input type="checkbox"/>		
妻_____		<input type="checkbox"/>		
申請日期: 中華民國_____年____月____日				

※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(以醫療收據日期為準), 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。

附件

人工生殖技術補助經費申請流程

