

附表三

【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。