

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. 體外受精(俗稱試管嬰兒)施術同意補助證明1份 <input type="checkbox"/> 2. 機構開立之施術結果證明書正本1份 <input type="checkbox"/> 3. 本醫療費申請表1份 <input type="checkbox"/> 4. 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"/> 5. 申請人金融機構存摺封面影本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>				
<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: 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。