

# 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。