

衛生福利部

醫療性生育保存補助試辦方案

衛生福利部 114 年 8 月 15 日衛授國字第 1140462683 號公告訂定

壹、背景說明

民眾在接受癌症等疾病治療時，可能面臨導致絕育或不孕之醫療處置，然而，隨著現代醫療進步，有越來越多罹病者能因及時發現與治療，而戰勝疾病並重返生活。以癌症為例，因及早發現與治療大幅提升了存活率，讓癌症病友能更積極規劃罹癌後的人生。

鑑於部分癌症治療過程將對生育能力造成無法回復之影響，當年輕癌症患者得知自己可能因治療而失去生育能力時，心理上的衝擊往往是巨大的，若能夠在接受治療前瞭解自己的狀況和需求，先採取合適的生育保存對策，等完成癌症治療後，可依據個人身體狀況，規劃未來的生育計畫，讓年輕癌友也可以達成為人父母的願望。

目前許多先進國家已有由政府補助醫療性生育保存費用，據 2022 年國際生殖學會聯合會人工協助生殖調查報告(IFFS Surveillance 2022)，已有 25 個國家提供全國性醫療性生育保存（女性取卵療程或男性取精處置保存）補助，7 個國家提供州/省/地區性醫療性生育保存補助。

為支持與協助癌友保留未來生育希望，經綜合考量癌症發生年齡、診斷後續治療之急迫程度、治療程序影響生殖機能情形、生育保存需求及病人安全等因素，衛生福利部優先針對 18 歲以上，40 歲以下之乳癌及血液癌（白血病、淋巴瘤或多發性骨髓瘤）個案，推動「醫療性生育保存補助試辦方案」，以減輕罹癌者進行生育保存療程之經濟負擔。

貳、試辦方案目的

- 一、支持罹患癌症者（乳癌及血液癌）之生育保存需求。
- 二、減輕罹患癌症者（乳癌及血液癌）進行生育保存療程之經濟負擔。
- 三、建立醫療性生育保存服務模式及流程，以因應未來擴增服務對象之需求。

參、試辦方案期程：自 114 年 9 月 1 日起實施。

肆、試辦方案內容

- 一、補助對象資格：

補助對象應符合下列 2 項條件：

(一)具中華民國國籍，且年齡為 18 歲以上，40 歲以下。

(二)於癌症診療品質認證醫院就診，經醫師開立診斷證明書（應敘明符合補助條件相關說明），罹患乳癌（第 0 期至第 3 期），或罹患血液癌（包括白血病、淋巴癌或多發性骨髓瘤），在癌症治療過程中，後續須接受之治療，可能造成生殖機能下滑或喪失（例如化療、放療等，由醫師判定，原則請參考下表）。

備註：若女性無子宮，或預定切除子宮者，非受補助對象。

癌症	癌症情形等條件	影響生育能力之治療(項目擇一)
血液癌	罹患淋巴癌、白血病或多發性骨髓瘤須進行癌症治療，才可進行凍卵或精子。	烷化劑藥物，例如：busulfan, carmustine, cyclophosphamide, ifosfamide, lomustine, melphalan, procarbazine, mechlorethamine
		全身性放射治療 腹部或骨盆腔放射治療之輻射量大於 5Gy
		非烷化劑藥物，例如：doxorubicin, vincristine, bleomycin, etoposide, dacarbazine, cytarabine, methotrexate, anthracycline, thiotepa
		其他醫師判定會影響生殖之藥物
乳癌-荷爾蒙接受體陰性 (ER-/PR-)	接受標準治療且長期預後良好的 0 至 3 期之病患。	cyclophosphamide 化療，包括：CMF (cyclophosphamide/ methotrexate/ fluorouracil)、CEF (cyclophosphamide/ epirubicin/ fluorouracil)、CAF (cyclophosphamide/ adriamycin (doxorubicin)/ fluorouracil)、AC 配方藥物(adriamycin/ cyclophosphamide)
		單株抗體(例如：Bevacizumab)
		腹部或骨盆腔放射治療之輻射量大於 5Gy
		其他醫師判定會影響生殖之藥物
乳癌-荷爾蒙接受體陽性 (ER+/PR+)	1.接受標準治療且長期預後良好的 0 至 3 期之病患。 2.醫師須審慎評估癌症復發風險，並於事前告知病患相關風險資訊。(對於荷爾蒙受體陽性乳癌患者卵巢刺激的安全性尚無足夠證據，對荷爾蒙受體陽性乳癌患者實施生育力保存應謹慎為之)。	cyclophosphamide 化療，包括：CMF (cyclophosphamide/ methotrexate/ fluorouracil)、CEF (cyclophosphamide/ epirubicin/ fluorouracil)、CAF (cyclophosphamide/ adriamycin (doxorubicin)/ fluorouracil)、AC 配方藥物(adriamycin/ cyclophosphamide)
		單株抗體(例如：Bevacizumab)
		腹部或骨盆腔放射治療之輻射量大於 5Gy
		其他醫師判定會影響生殖之藥物

二、申請補助額度及次數上限：

(一)女性取卵療程，每次補助上限新臺幣（下同）7 萬元，男性取精處置保存每次補助上限 8 千元；若實支金額未達補助上限者，則以實支金額補助之。

(二)每人一生至多補助 2 個療程，且應於通過申請後，始得進入生育保存療程。

(三)對於夫妻，得選擇接受本試辦方案補助，保存生殖細胞；或選擇「體外受精(俗稱試管嬰兒)人工生殖技術補助方案」，保存胚胎（若符合本方案資格）。惟同一療程僅能擇一補助，不能重複申請補助。

(四)民眾從衛生福利部國民健康署及地方政府等各領取之公費補助費用總金額，不得超過本次取卵療程/取精處置保存之醫療費用總和。

三、執行本試辦方案機構之資格（以下簡稱特約機構）：通過本部癌症診療品質認證醫院，而同院（或地址鄰近之分院或兒童醫院）亦須為本部許可通過且與本部國民健康署特約之人工生殖機構，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定。

四、申請方式及流程：

(一)癌症診療品質認證醫院之癌症診治相關醫護團隊人員，對符合資格之血液癌或乳癌個案說明治療方案時，若個案後續須接受之治療，可能造成個案生殖機能下滑或喪失，則一併進行癌症治療與生育保存相關之知情同意事項說明（例如：說明及討論後續癌症治療程序之急迫性、延後風險，及癌症治療可能造成生殖機能下滑或喪失之情形等資訊，並得依個別狀況及需要，徵詢醫學、心理、社工或相關領域專業意見），再依個案之決定，適時轉介至同院(或地址鄰近之分院或兒童醫院)之人工生殖單位。

(二)個案應備妥身分證明文件正本及影本、罹癌診斷證明書（應敘明符合補助條件相關說明）、知情同意書（附表一）至同院之人工生殖單位，經該院人工生殖單位確認申請人符合補助申請資格，並進行生育保存相關之知情同意事項說明（例如：說明及討論後續生育保存程序、可能不適及風險、所需時間、後續運用、補助方案，並宜考量兒童最佳利益考量及善用育兒資源等資訊）後，申請人應簽署附表一及填報醫療性生育保存施術補助資格審查表（附表二）一式二份。（附表二由申請人留存一聯，特約機構留存一聯。）

(三)特約機構將個案之罹癌診斷證明書（應敘明符合補助條件相關說明）、附表一及附表二掃描後，以電子郵件寄至：hpaftp@hpa.gov.tw 進行審核（請一併副知申請人，信件主旨：檢送○○○之醫療性生育保存補助資格審查表）。

(四)經審核通過後（若經審核發現檢附資料不完整或不符資格，則將補/退件），將以電子郵件提供醫療性生育保存補助通知書（附表三）及本次補助申請案編號。若有重複申請情形，則須同意放棄前次申請後，始能提供本次補助申請案編號。

- (五)通過審核後，申請人始得進入取卵療程或取精處置保存。完成療程後，由特約機構提供醫療性生育保存施術結果證明書（附表四），請申請補助之罹癌者自行留存。
- (六)通過申請本試辦方案補助之民眾，應於附表三所列核准診療期間（即提供附表三當日起2個月內）完成療程，其補助費用之申請，應於附表三所列核准診療期間期滿日起6個月內，請特約機構以電子郵件提出申請，逾期不予補助。本部國民健康署將於該補助案即將逾核准診療期間以前，以電子郵件通知申請人該補助案件即將逾期。
- (七)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，填報施術補助項目費用表(附表五)、醫療性生育保存施術補助之醫療費申請表(附表六)後，列印出附表六由申請人簽名確認。
- (八)特約機構將個案之附表四、附表五、附表六、存摺影本掃描後，以電子郵件寄至：hpaftp@hpa.gov.tw 進行審核（請一併副知申請人，信件主旨：檢送○○○之醫療性生育保存施術補助之醫療費申請表）。
- (九)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或有誤，則將補/退件），將以電子郵件回復。若核撥補助金額與申請補助金額相符，後續將逕予匯款予申請人；若核撥補助金額少於申請補助金額，則除匯款予申請人外，並另寄送醫療性生育保存審核補助金額通知(附表七)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，向本部國民健康署申請再審。
- (十)女性申請人因天災或其他不可歸責之事由導致無法於核准診療期間完成取卵療程者，須於原核准診療期間期滿日後1個月內，填具附表八「醫療性生育保存補助核准診療期間之展延申請表」，並檢具相關證明文件，委託之前代為申請補助資格審查之特約機構，將相關文件掃描檔以電子郵件寄至：hpaftp@hpa.gov.tw 申請展延（請一併副知申請人，信件主旨：申請展延○○○之醫療性生育保存補助療程）。
- (十一)展期申請次數以1次為限，且補助之診療期間至多延長2個月。展延審核結果將以電子郵件通知，若展延申請案件審核通過，費用申請期限則修正為同意展延之核准診療期間期滿日起6個月內。若展延申請案件經審核未通過，且申請人對審核結果有異議，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，向本部國民健康署申請再審，申請再審以1次為限。

附表一 醫療性生育保存補助試辦方案之知情同意書

本人在癌症診療品質認證醫院之癌症診治單位相關醫護人員的解說下，聲明下列事項：

- 1.醫護人員已向我解釋，並且我已經瞭解後續可能需要進行之癌症治療程序相關資訊，並就我所需要，提供醫學、心理或社工等專業諮詢機會。
- 2.醫護人員已向我解釋，並且我已經瞭解後續癌症治療程序影響生育機能之可能性及程度。
- 3.醫護人員已向我解釋，並且我已經瞭解進行癌症治療程序之急迫性，以及延後治療時程先進行生育保存的風險。
- 4.醫護人員已向我解釋，並且我已經瞭解因生育保存影響癌症治療時程的程度。

本人已於 年 月 日完成癌症診治部分之生育保存知情同意事項說明。

立同意書人簽章：_____ (親簽)；身分證統一編號_____

醫療機構名稱：_____ 醫療機構醫事人員簽章：_____

本人在同院之人工生殖單位相關醫護人員的解說下，聲明下列事項：

- 1.醫護人員已向我解釋，並且我已經瞭解生育保存選項及其費用差異。
- 2.醫護人員已向我解釋，並且我已經瞭解進行生育保存之可能風險、不適症狀等情形。
- 3.醫護人員已向我解釋，並且我已經瞭解進行生育保存所需時間，及因生育保存影響癌症治療時程的程度。
- 4.醫護人員已向我解釋，並且我已經瞭解進行生育保存後，未來運用生殖細胞的方式及所需費用，若後續孕育子女，宜考量兒童最佳利益及善用相關育兒資源。
- 5.醫護人員已向我解釋，並且我已經瞭解本生育保存補助試辦方案之補助額度及申請規定。

本人已於 年 月 日完成人工生殖部分之生育保存知情同意事項說明。

立同意書人簽章：_____ (親簽)；身分證統一編號_____

醫療機構名稱：_____ 醫療機構醫事人員簽章：_____

人工生殖機構代碼：_____

附表二 醫療性生育保存施術補助資格審查表

補助申請案編號：_____號

人工生殖機構代碼：_____

人工生殖機構名稱：_____

申請人基本資料	姓 名		身分證統一編號		出生日期(民國年)		電 話 及 Email		
					年 月 日		電話(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	□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				發證日期			
		領補換類別：		□初發□補發□換發		發證地點(縣市)			
補助原因		☐ (1)乳癌，期別：□0期□1期□2期□3期□其他難於0至3期區分之長期預後良好者(詳診斷書) ☐ (2)血液癌，類別：□白血病 □淋巴瘤 □多發性骨髓瘤							
本次申請補助次數		□首次申請 □第2次申請			受術者年齡		_____歲		
是否曾於其他機構或重複申請本補助，有尚未結案之情形		☐ 否 ☐ 是，放棄先前「醫療性生育保存補助」申請但尚未結案之補助申請編號							
是否曾申請體外受精人工生殖技術補助，有尚未結案之情形		☐ 否 ☐ 是，放棄先前「體外受精人工生殖技術補助」申請但尚未結案之補助申請編號							
應備文件		1.身分證明文件影本(正面及反面)1份(機構依醫療法規定留存) 2.罹患乳癌或罹患血液癌，且敘明符合補助條件相關說明之診斷證明書(機構依醫療法規定留存) 3.知情同意書(機構依醫療法規定留存)							

申請人聲明書

1. 本人知道癌症治療有其急迫性，原則上應儘早接受治療。但本人因評估後續治療程序可能成生殖機能下滑或喪失，經醫護人員說明及討論後續治療程序之急迫性及其可能影響生育能力之情形等資訊後，依本人之意願，至同院人工生殖單位進行生育保存。
2. 本人知道生育保存程序有其潛在的風險，而進行生育保存可能延後癌症治療時程，亦有其風險；但本人願意承受相關風險而於癌症治療程序前進行生育保存。
3. 本人瞭解進行生育保存後，應儘速依醫囑進行癌症治療程序。
4. 本人已瞭解醫療性生育保存補助試辦方案內容，包括施術效期為核准診療日起2個月以內、補助項目、補助額度(女性取卵療程7萬元，男性取精處置保存8,000元)、於核准診療期間期滿日起6個月內申請補助等規定。
5. 本人承諾受補助之醫療費用部分收據不得再列報於綜合所得稅之醫藥及生育費列舉扣除額，資格審查申請表所填各項資料及所附文件均為真實，且同一療程無重複申請本試辦方案之情事，亦無重複申請「體外受精(俗稱試管嬰兒)人工生殖技術補助方案」補助。未來從衛生福利部國民健康署及地方政府等領取之公費補助費用總金額，亦不可超過本次取卵療程/取精處置保存之醫療費用總和。本人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。
6. 本人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。

申請人簽章：_____資格申請日期：中華民國_____年_____月_____日

備註：申請人簽具申請人聲明書1式2份，由申請人留存1聯，特約人工生殖機構留存1聯。

附表三 醫療性生育保存補助通知書

補助申請案編號：_____號

申請人： 姓名 _____ (身分證統一編號) _____

- 1.經審核符合醫療性生育保存補助試辦方案資格。
- 2.核准診療期間施術： 年 月 日～ 年 月 日止(即核准診療日起2個月內)。
- 3.受術者申請年齡： _____，本次為第 _____次申請，在未超過40歲前尚可申請 _____次。
- 4.申請本補助試辦方案之費用，應於核准診療期間期滿日起6個月內(即核准診療日起8個月內)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)經審核符合補助資格者，僅能於協助申請本試辦方案補助之本署特約人工生殖機構施術。
- (2)完成施術後依實申請補助費用，委託由人工生殖機構以電子郵件方式寄至本署之文件如下：
 - A.施術結果證明書(附表四)
 - B.施術補助項目費用表(附表五)
 - C.醫療性生育保存補助之醫療費申請表(附表六)
 - D.存摺影本

2. 補助項目及額度：

- (1)補助項目包括誘導排卵、取卵、取精、冷凍卵子或精子等手術或處置。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者。
- (2)女性取卵療程每次補助上限7萬元，男性取精處置保存每次補助上限8千元；若實支金額未達補助上限者，則以實支金額補助之。
- 3.依財政部臺北國稅局114年2月19日財北國稅綜所遺贈字第1132034708號函，本補助金額免納所得稅，但受補助之醫療費用部分，不得再列報於綜合所得稅之醫藥及生育費列舉扣除額。
4. 從衛生福利部國民健康署及地方政府等領取之公費補助費用總金額，不得超過本次取卵療程/取精處置保存之醫療費用總和。

5.本表請妥為保存。

附表四 醫療性生育保存施術結果證明書

補助申請案編號：_____號

人工生殖機構代碼：_____

申請人基本資料	姓 名	出 生 日 期 (民 國 年)	身 分 證 統 一 編 號
		年 月 日	
本次施術情形	請勾選一項與本次施術情形符合之選項： ☐A.實施取卵療程。 ☐B.實施取精處置保存。		
本次施術期間	年 月 日 ~ 年 月 日 (治療終止日)		
取卵/精施行日期	年 月 日		
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 人工生殖機構名稱：_____ 地址：_____			

備註：本表請列印一份由申請補助之受術者留存。

附表五
申請醫療性生育保存施術補助項目費用表

補助申請案編號：_____號

人工生殖機構代碼：_____

項目代碼	施術流程	補助施術項目費用別	有執行請勾選
B01	醫師診療及門診費	診療及門診費(含掛號費)	
B02	諮詢衛教	知情同意之諮詢衛教費	
B03	基本檢查	可包含下列檢查：VDRL、HIV、女性之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。	
B04	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)	
B05	偵測卵泡成長狀況	血液檢查費(次)	
		超音波檢查費	
B06	取卵	取卵手術費及材料費	
		取卵麻醉費	
B07	卵子找尋	卵子找尋處理費	
B08	冷凍卵子	冷凍卵子費	
B09	取精	取精費，例如：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)、電激取精費等處置費	
B10	冷凍精子	冷凍精子費	
B11	精液檢查及洗滌	精液檢查費、精液洗滌費	
醫療費用合計			
申請補助金額			

備註：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。

附表六 醫療性生育保存施術補助之醫療費申請表

補助申請案編號：_____號

人工生殖機構代碼：_____

人工生殖機構名稱：_____

申請補助總金額	萬 仟 佰 拾 元整			
核准診療期間	中華民國____年____月____日起 ~ ____年____月____日止			
本次施術期間	中華民國____年____月____日起 ~ ____年____月____日止			
申請人	姓名	身分證統一編號	出生日期(民國年)	電話及 E m a i l
受術者			年 月 日	電話(手機): Email:
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)	☐ 1.本醫療費申請表 ☐ 2.施術補助項目費用表(附表五) ☐ 3.存摺影本			
本人已瞭解本申請表各節及受補助之醫療費用部分收據不得再列報於綜合所得稅之醫藥及生育費列舉扣除額，保證上述所填各項資料及所附文件均為真實，且聲明本人從衛生福利部國民健康署及地方政府等領取之公費補助費用總金額，未超過本次取卵療程/取精處置保存之醫療費用總和。本人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。 本申請之醫療補助款若經衛生福利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。				
申請人簽/蓋章：_____ 費用申請日期：_____年____月____日				
本人委託_____ (人工生殖機構名稱)向貴署辦理醫療性生育保存施術補助之醫療費申請。此致 衛生福利部國民健康署。				
申請人簽蓋章：_____ 委託日期：_____年____月____日				

※備註：申請人應備齊相關證明文件，於核准診療期間期滿日起 6 個月內，向衛生福利部國民健康署提出申請，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 1 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。

附表七
醫療性生育保存審核補助金額通知

核准之補助申請案編號				核准日期	年 月 日
申請人基本資料	姓名	身分證統一編號	出生日期(民國年)		電話及 Email
			年 月 日		電話(手機): Email:
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。					

附表八、醫療性生育保存補助核准診療期間之展延申請表

補助申請案編號：_____號

人工生殖機構代碼：_____

人工生殖機構名稱：_____

本次申請補助次數		☐ 首次申請 ☐ 第2次申請	受術者本次申請補助之年齡	_____歲
申請人基本資料	姓 名	身分證統一編號	出生日期(民國年)	電話及 Email
			年 月 日	電話(手機): Email:
	現居地	郵遞區號 縣市 鄉鎮市區 村/里 鄰 路/街 段 巷 弄 號 樓之		
原核准診療期間內完成之施術流程		☐ 開始使用相關藥物 ☐ 誘導排卵 ☐ 偵測卵泡成長		
申請展期之原因				
原核准診療期間		年 月 日 至 年 月 日		
申請展延診療期限(至多2個月)		至 年 月 日 (展延之診療期間結束日須於原核准診療日期間期滿日起2個月內)		
女性申請人應備文件	1.於原核准診療期間接受醫療性生育保存療程相關醫療收據，或代為申請本補助試辦方案資格審查之機構出具中文病歷摘要等，可證明申請人已於核准診療期間進入醫療性生育保存療程之影本文件。 2.申請人因天災或其他不可歸責之事由等需申請本展延作業之證明文件。			

申請人聲明書

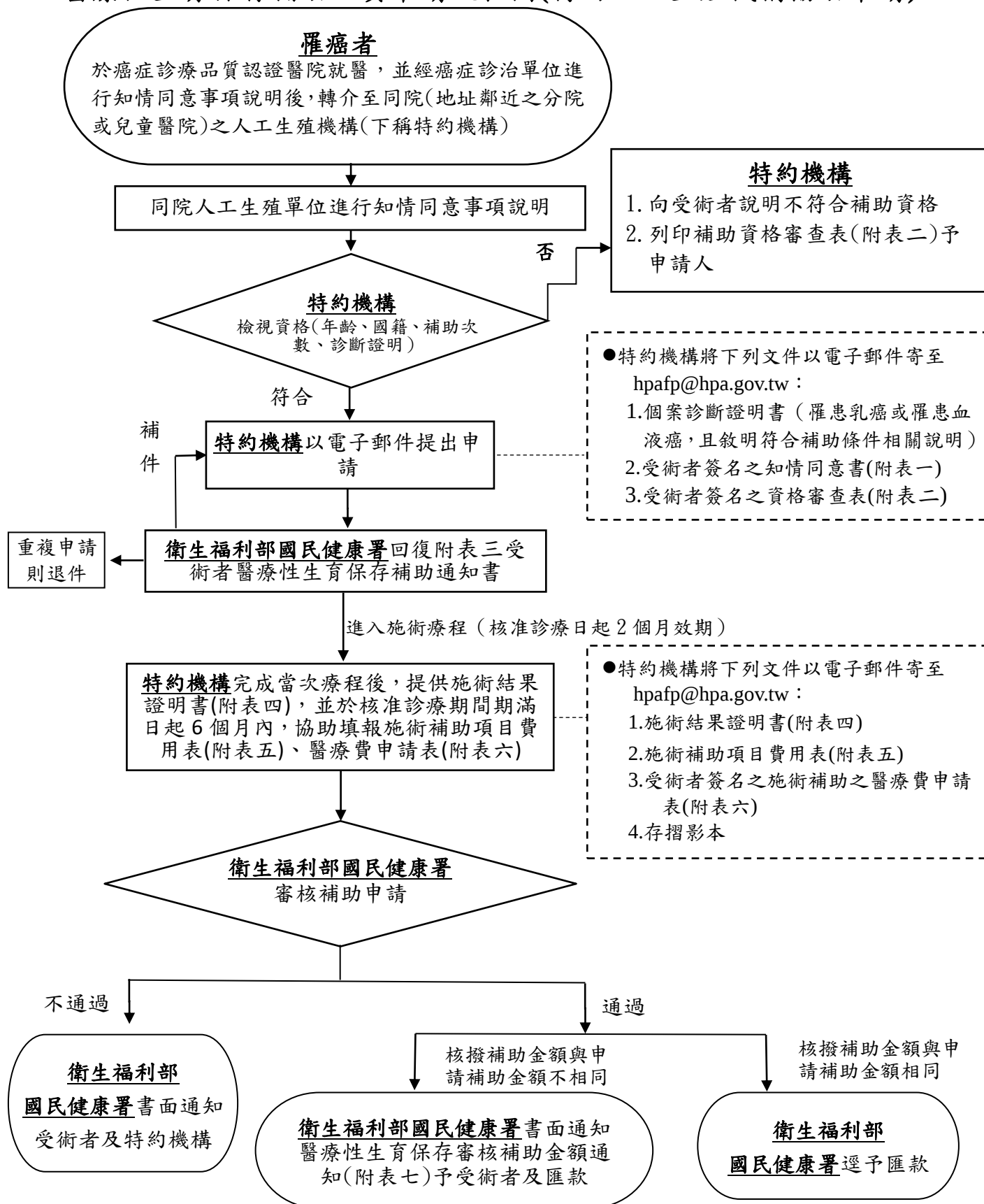
1. 本人已瞭解醫療性生育保存補助之核准診療期間展延申請以1次為限及至多延長2個月，保證本展延申請表所填各項資料及所附文件均為真實，且無重複申請醫療性生育保存補助之情事。
2. 本人從衛生福利部國民健康署(以下簡稱貴署)及地方政府等領取之公費補助費用總金額，未超過本次取卵療程/取精處置保存之醫療費用總和。
3. 本人知悉提供不實資料及違反相關法令之後果，若有可歸責於己之事由，除繳回所領金額並自負一切法律責任。另同意貴署以電子郵件通知本人委託辦理本展延申請之人工生殖機構有關審核結果或通知補件等資訊，及授權後續施術之人工生殖機構查詢本人是否曾向貴署申請展延本次補助之核准施術期間。

申請人簽章：_____ 身分證統一編號：_____

展延申請日期：中華民國_____年_____月_____日

圖一

醫療性生育保存補助經費申請流程圖(特約人工生殖機構協助申請)



圖二

醫療性生育保存補助試辦方案之核准診療期間展延申請作業流程圖

