

高雄市醫療性凍卵服務計畫

壹、緣由：

癌症及其後續治療過程都可能影響生育能力，甚至不孕；面對少子化問題，現今社會鼓勵雖以適齡生育為優先，惟部分女性因罹癌，可能影響生育功能，故本市提供醫療性凍卵服務計畫，幫助罹癌女性守護懷孕的夢想，減輕經濟負擔，讓40歲以下罹癌女性有機會完成當母親的期望。

貳、計畫內容：

一、為助罹癌女性規劃生育，本市自114年3月18日起提供醫療性凍卵補助。

二、補助案說明如下：

- (一)補助對象：設籍或配偶設籍高雄市之40歲以下女性(不限已婚)，罹癌且經醫師評估因罹癌或因治療影響生育者。
- (二)補助金額：每案上限3萬元，療程費用未滿3萬元者依實際費用覈實支付，終身一次。
- (三)執行凍卵療程機構資格：須於衛生福利部體外受精(俗稱試管嬰兒)人工生殖技術補助方案之特約人工生殖機構接受凍卵療程。
- (四)申請方式：於完成凍卵療程後6個月內，檢具紙本資料，註記申請醫療性凍卵補助，寄送至高雄市政府衛生局健康管理科(高雄市苓雅區凱旋二路132-1號5樓)提出申請。須檢具資料如下：
 1. 高雄市政府衛生局【醫療性凍卵】補助申請書1份。
 2. 凍卵補助領據1份。
 3. 申請日前1個月內之戶籍謄本或戶口名簿影本。
 4. 腫瘤科或癌症診治醫師開立之診斷證明書正本(須載明因罹癌或因治療而影響生育功能)。
 5. 凍卵療程診斷證明書(須載明受術者姓名、冷凍卵子、療程起訖日及療程結果)。
 6. 醫療收費明細表正本(須載明冷凍卵子)。
 7. 存摺封面影本。
 8. 帳戶轉讓同意書(申請人未滿18歲，由法定代理人代領請檢附)。
- (五)衛生局審核後，依個案實際申請金額，逕行核撥至申請人帳戶。

(六)計畫執行流程圖

