

# 新竹市祝妳好孕凍卵補助計畫

附件 6

## 施術結果證明書

### 基本資料

姓名：

生日：

身分證字號：

診  
治  
結  
果

凍卵療程(補助 20,000 元)

1. 誘導排卵

2. 取卵手術

3. 卵子找尋處理費

凍卵管理(補助 2,000 元)

1. 快速冷凍卵子

2. 冷凍卵子保存

同  
意  
書

本人\_\_\_\_\_經醫師充分說明討論後，完全瞭解本次凍卵療程及凍卵管理服務規範並同意執行診治計畫，終身補助一次，特此聲明。

申請人簽章：

申請日期：      年      月      日

取  
卵  
情  
形

請勾選一項與本次施術情形符合之選項：

A. 已順利取卵並進行凍卵保存管理

B. 已取卵卻不得卵或是因取不到卵子

C. 其他情形：

取卵手術日：

醫  
療  
院  
所

以上病人經本院(所)診斷治療屬實，且填列資料屬實，特與證明。

醫療機構名稱：\_\_\_\_\_ 主治醫師：\_\_\_\_\_

申請補助總金額：新台幣\_\_\_\_\_元整