

高雄市醫師公會
收文
107.10.16日
字第1547號

檔 號：

保存年限：

中華民國醫師公會全國聯合會 函

地址：10688台北市大安區安和路一段29號9樓

聯絡人：曾欣怡

電話：(02)2752-7286-121

傳真：(02)2771-8392

Email：cynthia@tma.tw

受文者：各縣市醫師公會

發文日期：中華民國107年10月11日

發文字號：全醫聯字第1070001404號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：如文

主旨：轉知「精卵捐贈親屬關係查證辦法」修正條文，業經衛生福利部與內政部於107年10月5日會同修正發布，檢送發布令影本、修正條文、總說明及條文對照表各1份，請查照。

說明：

- 一、依據衛生福利部107年10月5日衛授國字第10704024553號函辦理(如附件)。
- 二、本函相關訊息刊登本會網站。

正本：各縣市醫師公會
副本：



理事長 邱泰源

- 抄：1. 刊網站
2. 轉知會員上網參閱
3. 備查。

王欽
107/10/29

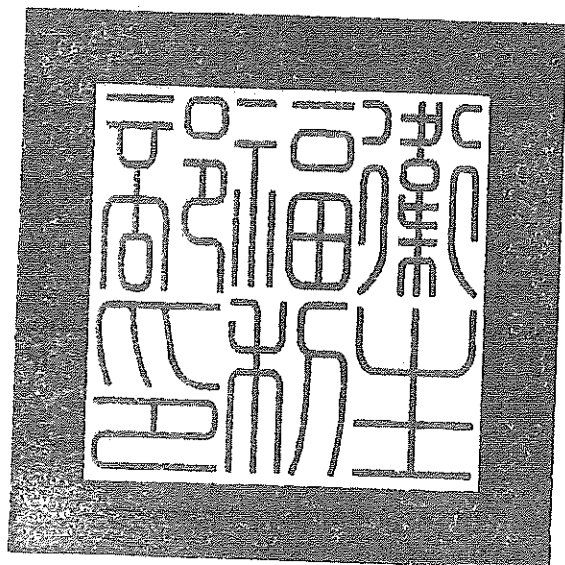
康維敬 10/16.2018

檔 號：
保存年限：

衛生福利部、內政部 令

發文日期：中華民國 107 年 10 月 5 日

發文字號：衛授國字第1070402455號
台內戶字第1070067272號



修正「精卵捐贈親屬關係查證辦法」。

附修正「精卵捐贈親屬關係查證辦法」

部長陳時中

部長徐國勇

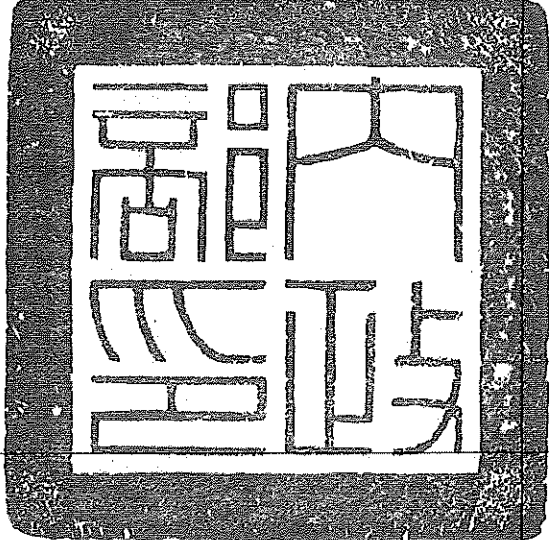
會銜公文機關印信蓋用續頁表

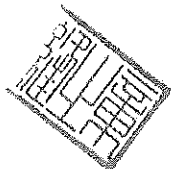
發文日期：中華民國 107 年 10 月 5 日

發文字號：衛授國字第 1070402455 號

台內戶字第 1070067272 號

主 旨：修正「精卵捐贈親屬關係查證辦法」。



精卵捐贈親屬關係查證辦法

第一條 本辦法依人工生殖法（以下稱本法）第十五條第二項規定訂定之。

第二條 人工生殖機構(以下稱機構)使用捐贈之生殖細胞實施人工生殖，應先開立診斷證明書(如附件一)，交由受術夫妻依親等關聯資料申請提供及管理辦法之規定，向戶政機關申請親等關聯資料證明。

第三條 接受精子或卵子捐贈施行人工生殖，應分別申請妻方或夫方之直系血親與四親等內之旁系血親，及其配偶之直系血親與直系姻親之親等關聯資料證明。但受術夫妻應申請親屬資料證明之一方為外籍人士，取得親等關聯資料證明確有困難時，得填具切結書(如附件二)，詳述理由，並由受術夫妻親自簽名。

第四條 機構於實施人工生殖前，應就受術夫妻提供之親等關聯資料證明與捐贈人姓名及出生年、月、日或其他個人資料確實核對；於查無本法第十五條第一項所定情形時，應再向主管機關申請就人工生殖資料庫之捐贈人資料，進行查證。

醫療機構對持有受術夫妻所提供之親等關聯資料，應善盡保密之責任，不得無故洩漏。

第五條 主管機關受理前條第一項申請後，應於十五日內將查證結果，以書面通知機構。

第六條 機構於收受前條書面通知，查無本法第十五條第一項所定情形後，始得使用捐贈之特定生殖細胞為受術夫妻實施人工生殖。

第七條 本辦法所定查證業務，主管機關得委任衛生福利部國民健康署或委託相關法人、團體辦理之。

第八條 本辦法自中華民國一百零七年十一月十五日施行。

附件一

人工生殖診斷證明書

<僅供申請人向戶政機關依精卵捐贈親屬關係查證辦法第三條之規定，申請相關親等關聯資料使用；接受卵子或精子捐贈時，應分別以受術夫或受術妻為申請人>

申請人姓名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女						
年齡	_____歲		民國_____年_____月_____日生						
國民身分證統一編號									
外籍人士之統一證號									
外籍人士之護照號碼									
戶籍地址	縣 _____ 鄉鎮 _____ 村 _____ 路 市 _____ 市區 _____ 里 _____ 鄰 _____ 街 段 _____ 巷 _____ 弄 _____ 號 _____ 樓								
居所地址	縣 _____ 鄉鎮 _____ 村 _____ 路 市 _____ 市區 _____ 里 _____ 鄰 _____ 街 段 _____ 巷 _____ 弄 _____ 號 _____ 樓								
病歷號碼			連絡電話						
申請人配偶姓名			性別		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女				
年齡	_____歲		民國_____年_____月_____日生						
國民身分證統一編號									
外籍人士之統一證號									
外籍人士之護照號碼									
戶籍地址	縣 _____ 鄉鎮 _____ 村 _____ 路 市 _____ 市區 _____ 里 _____ 鄰 _____ 街 段 _____ 巷 _____ 弄 _____ 號 _____ 樓								
居所地址	縣 _____ 鄉鎮 _____ 村 _____ 路 市 _____ 市區 _____ 里 _____ 鄰 _____ 街 段 _____ 巷 _____ 弄 _____ 號 _____ 樓								
病歷號碼			連絡電話						
說明	茲證明申請人確為實施人工生殖技術之需，請同意其依人工生殖法第十五條第二項所訂定之精卵捐贈親屬關係查證辦法之規定，申請其直系血親與四親等內之旁系血親，及其配偶之直系血親與直系姻親之親等關聯資料。								
醫師姓名：_____ 簽章：_____									
醫師證書字號：衛生福利部醫字第_____號									
醫療機構名稱：_____									
開業執照字號：_____ 醫字第_____號									
醫療機構地址：_____									
醫療機構電話：_____									
中華民國_____年_____月_____日									

附件二

切結書

茲因：夫_____妻_____擬依人工生殖法之規定，接受捐贈之
精子卵子(請勾選)實施人工生殖，基於(請詳述理由，例如受術夫或受術妻
之任一方為外籍人士)：

之事由，取得受術夫受術妻(請勾選為外籍人士等理由之人)完整之親等關
聯資料證明確有困難，但願意盡可能取得及列出人工生殖法第十五條第一項規
定之親屬資料(略以：接受捐精施行人工生殖者，應列出妻方之直系血親與四
親等內旁系血親，及夫方之直系血親與直系姻親；接受捐卵施行人工生殖者，
應列出夫方之直系血親與四親等內旁系血親，及妻方之直系血親與直系姻親)，
供作查證之參據。

此致 衛生福利部國民健康署

受術夫
姓名：_____ (簽章)
國民身分證統一編號：□□□□□□□□□□
外籍人士之統一證號：□□□□□□□□□□
外籍人士之護照號碼：□□□□□□□□□□
出生日期：中華民國____年____月____日
受術妻
姓名：_____ (簽章)
國民身分證統一編號：□□□□□□□□□□
外籍人士之統一證號：□□□□□□□□□□
外籍人士之護照號碼：□□□□□□□□□□
出生日期：中華民國____年____月____日

中華民國____年____月____日

精卵捐贈親屬關係查證辦法修正總說明

精卵捐贈親屬關係查證辦法係依據人工生殖法（以下稱本法）第十五條第二項規定訂定，於九十六年七月三十日由前行政院衛生署（現衛生福利部）以署授國字第〇九六〇四〇〇五五六號令、內政部台內戶字第〇九六〇一一五三八七號令會銜訂定發布全文七條；並自發布日施行。其後於九十七年二月二十日、一〇一年十一月十七日、一〇零三年四月十七日及一〇零四年三月三日陸續與內政部會銜修正第三條之附表一及第三條、第六條條文。茲以內政部業於一〇一年六月二十九日以台內戶字第一〇〇〇一二五九二〇號令訂定發布親等關聯資料申請提供及管理辦法，對於向戶政機關申請核發親等關聯資料之程序已有明確規定，及本法第十五條第一項第二款有關不得為直系姻親間精子與卵子之結合之規定，於現行辦法中尚無明確納入再婚夫妻所致之直系姻親情事，爰進行全文檢討修正「精卵捐贈親屬關係查證辦法」，其修正要點如下：

- 一、使用捐贈之生殖細胞實施人工生殖之受術夫妻，申請親等關聯資料證明之程序（修正條文第二條）。
- 二、接受精子或卵子捐贈時，應申請之親等關聯資料證明，並對取得親等關聯資料證明確有困難之外籍人士為但書之規定（修正條文第三條）。
- 三、人工生殖機構應於施術前，先確實核對親等關聯資料與捐贈人之個人資料，查無本法第十五條第一項所定之禁止事項後，再向主管機關申請查證（修正條文第四條）。
- 四、主管機關受理機構申請查證之結果，其通知方式及期限（修正條文第五條）。
- 五、機構應於收受主管機關之書面通知，確認無本法第十五條第一項所定之禁止事項後，始得為受術夫妻實施人工生殖（修正條文第六條）。
- 六、本辦法所定查證業務委任或委託辦理之規定（修正條文第七條）。
- 七、本次修正條文之施行日期（修正條文第八條）。

精卵捐贈親屬關係查證辦法修正條文對照表

修正條文	現行條文	說明
第一條 本辦法依人工生殖法（以下稱本法）第十五條第二項規定訂定之。	第一條 本辦法依人工生殖法（以下稱本法）第十五條第二項規定訂定之。	本條未修正。
	第二條 本辦法所稱之申請人為需接受生殖細胞捐贈之受術夫妻。	<u>本條刪除</u> 。
第二條 人工生殖機構（以下稱機構）使用捐贈之生殖細胞實施人工生殖，應先開立診斷證明書（如附件一），交由受術夫妻依親等關聯資料申請提供及管理辦法之規定，向戶政機關申請親等關聯資料證明。		一、 <u>本條新增</u> 。 二、使用捐贈之生殖細胞實施人工生殖之受術夫妻，應持人工生殖機構開立之診斷證明書，向戶政機關申請親等關聯資料證明。診斷證明書以主管機關委任之衛生福利部國民健康署網頁公告許可通過之人工生殖機構開立者為限。
第三條 <u>接受精子或卵子捐贈施行人工生殖，應分別申請妻方或夫方之直系血親與四親等內之旁系血親，及其配偶之直系血親與直系姻親之親等關聯資料證明。但受術夫妻應申請親屬資料證明之一方為外籍人士，取得親等關聯資料證明確有困難時，得填具切結書（如附件二），詳述理由，並由受術夫妻親自簽名。</u>	第三條 <u>受術夫妻利用捐贈之精子（卵子）實施人工生殖前，應據實填具直系血親、直系姻親、四親等內之旁系血親親屬系統表（以下稱親屬表）（附表一）。受術夫妻應持醫療機構所出具之證明文件（附表二），向戶政事務所申請受術妻（夫）相關親屬之親等關聯資料，為填具、核對親屬表之用。</u> <u>受術夫（妻）為外籍人士，取得親等關聯資料顯有困難者，得於親屬表詳述理由。</u>	一、 <u>明確規範接受精子或卵子捐贈應分別申請妻方或夫方之親等關聯資料證明；考量受術夫或受術妻父母可能再婚之情事，繼父母為本人及其配偶之直系姻親，爰酌作文字修正。</u> 二、 <u>對取得親等關聯資料證明確有困難之外籍人士為但書之規定。</u>
第四條 機構於實施人工生殖前，應就受術夫妻提供	第四條 <u>醫療機構於實施人工生殖前，應就受術夫妻</u>	一、 <u>現行條文第一項及第二項合併為一項。</u>

<p><u>之親等關聯資料證明與捐贈人姓名及出生年、月、日或其他個人資料確實核對；於查無本法第十五條第一項所定情形時，應再向主管機關申請就人工生殖資料庫之捐贈人資料，進行查證。</u></p> <p>醫療機構對持有受術夫妻所提供之<u>親等關聯資料</u>，應善盡保密之責任，不得無故洩漏。</p>	<p>所提供之<u>親屬表</u>與捐贈人姓名及年籍資料確實核對。</p> <p><u>前項資料經醫療機構核對未違反本法第十五條第一項之規定者，應送由主管機關就人工生殖資料庫捐贈人資料，再行比對查證。</u></p> <p>第五條 醫療機構對持有受術夫妻所提供之<u>親屬表</u>，應善盡保密之責任，不得無故洩漏。</p>	<p>二、現行條文第五條移列至本條第二項，並酌修文字，使更明確。</p>
<p>第五條 主管機關受理前條第一項申請後，應於十五日內將查證結果，以書面通知機構。</p>		<p>一、<u>本條新增</u>。</p> <p>二、主管機關受理機構前條申請查證之通知方式及期限。</p>
<p>第六條 機構於收受前條書面通知，查無本法第十五條第一項所定情形後，始得使用捐贈之特定生殖細胞為受術夫妻實施人工生殖。</p>		<p>一、<u>本條新增</u>。</p> <p>二、機構應於收受主管機關之書面通知，確認無本法第十五條第一項所定之禁止事項後，始得為受術夫妻實施人工生殖。</p>
<p>第七條 本辦法所定查證業務，主管機關得委任<u>衛生福利部國民健康署</u>或委託<u>相關法人、團體</u>辦理之。</p>	<p>第六條 本辦法第四條之<u>比對查證</u>，主管機關得委任其所屬國民健康署或委託相關團體辦理之。</p>	<p>條次變更並酌作文字修正。</p>
<p>第八條 本辦法自<u>中華民國一百零七年十一月十五日</u>施行。</p>	<p>第七條 本辦法自發布日施行。</p>	<p>一、條次變更。</p> <p>二、為使主管機關、戶政機關及各人工生殖機構有所因應，訂定適當之施行日期。</p>

修正規定	現行規定	說明																																																																																										
<p>第二條附件一</p> <p style="text-align: center;">人工生殖診斷證明書</p> <p>〈僅供申請人向戶政機關依精卵捐贈親屬關係查證辦法第三條之規定，申請相關親等關聯資料使用；接受卵子或精子捐贈時，應分別以受術夫或受術妻為申請人〉</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td>申請人姓名</td> <td>性別</td> <td><input type="checkbox"/>男 <input type="checkbox"/>女</td> </tr> <tr> <td>年齡</td> <td>歲</td> <td>民國 年 月 日生</td> </tr> <tr> <td>國民身分證統一編號</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>外籍人士之統一證號</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>外籍人士之護照號碼</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>戶籍地址</td> <td colspan="2">縣 鄉鎮 村 路 市 市區 里 鄰 街 段 巷 弄 號 樓</td> </tr> <tr> <td>居所地址</td> <td colspan="2">縣 鄉鎮 村 路 市 市區 里 鄰 街 段 巷 弄 號 樓</td> </tr> <tr> <td>病歷號碼</td> <td colspan="2">連絡電話</td> </tr> <tr> <td>申請人配偶姓名</td> <td>性別</td> <td><input type="checkbox"/>男 <input type="checkbox"/>女</td> </tr> <tr> <td>年齡</td> <td>歲</td> <td>民國 年 月 日生</td> </tr> <tr> <td>國民身分證統一編號</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>外籍人士之統一證號</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>外籍人士之護照號碼</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>戶籍地址</td> <td colspan="2">縣 鄉鎮 村 路 市 市區 里 鄰 街 段 巷 弄 號 樓</td> </tr> <tr> <td>居所地址</td> <td colspan="2">縣 鄉鎮 村 路 市 市區 里 鄰 街 段 巷 弄 號 樓</td> </tr> <tr> <td>病歷號碼</td> <td colspan="2">連絡電話</td> </tr> <tr> <td>說明</td> <td colspan="2">茲證明申請人確為實施人工生殖技術之需，請同意其依人工生殖法第十五條第二項所訂定之精卵捐贈親屬關係查證辦法之規定，申請其直系血親與四親等內之旁系血親，及其配偶之直系血親與直系姻親之親等關聯資料。</td> </tr> <tr> <td colspan="3">醫師姓名：_____ 簽章： 醫師證書字號：衛生福利部醫字第 _____ 號 醫療機構名稱： 開業執照字號： _____ 醫字第 _____ 號 醫療機構地址： 醫療機構電話： 中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日</td> </tr> </table>	申請人姓名	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年齡	歲	民國 年 月 日生	國民身分證統一編號			外籍人士之統一證號			外籍人士之護照號碼			戶籍地址	縣 鄉鎮 村 路 市 市區 里 鄰 街 段 巷 弄 號 樓		居所地址	縣 鄉鎮 村 路 市 市區 里 鄰 街 段 巷 弄 號 樓		病歷號碼	連絡電話		申請人配偶姓名	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年齡	歲	民國 年 月 日生	國民身分證統一編號			外籍人士之統一證號			外籍人士之護照號碼			戶籍地址	縣 鄉鎮 村 路 市 市區 里 鄰 街 段 巷 弄 號 樓		居所地址	縣 鄉鎮 村 路 市 市區 里 鄰 街 段 巷 弄 號 樓		病歷號碼	連絡電話		說明	茲證明申請人確為實施人工生殖技術之需，請同意其依人工生殖法第十五條第二項所訂定之精卵捐贈親屬關係查證辦法之規定，申請其直系血親與四親等內之旁系血親，及其配偶之直系血親與直系姻親之親等關聯資料。		醫師姓名：_____ 簽章： 醫師證書字號：衛生福利部醫字第 _____ 號 醫療機構名稱： 開業執照字號： _____ 醫字第 _____ 號 醫療機構地址： 醫療機構電話： 中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日			<p>第三條附表二</p> <p style="text-align: center;">醫療機構證明書</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td>姓名 (註一)</td> <td>性別</td> <td><input type="checkbox"/>男 <input type="checkbox"/>女</td> </tr> <tr> <td>年齡</td> <td>歲</td> <td>民國 年 月 日生</td> </tr> <tr> <td>國民身分證統一編號</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>外籍人士之統一證號(註二)</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>外籍人士之護照號碼</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>戶籍地址</td> <td colspan="2">縣 鄉鎮 村 路 市 市區 里 鄰 街 段 巷 弄 號 樓</td> </tr> <tr> <td>現居地址</td> <td colspan="2">縣 鄉鎮 村 路 市 市區 里 鄰 街 段 巷 弄 號 樓</td> </tr> <tr> <td>病歷號碼</td> <td colspan="2">連絡電話</td> </tr> <tr> <td>說明</td> <td colspan="2">依據人工生殖法第十五條第二項精卵捐贈親屬關係查證辦法，茲證明申請人確為施行人工生殖技術，請同意申請直系血親、直系姻親、四親等內之旁系血親之相關親等關聯資料。</td> </tr> <tr> <td colspan="3">以上事項屬實無誤特此證明</td> </tr> <tr> <td colspan="3">醫師姓名： 醫師證書字號： _____ 醫字第 _____ 號 醫療機構名稱： 開業執照字號： _____ 醫字第 _____ 號 地址： 電話： 中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日</td> </tr> <tr> <td colspan="3">註一：本欄位應填寫欲申請直系血親、直系姻親、四親等內之旁系血親相關親等關聯資料之申請人姓名。 註二：無國民身分證之外籍人士請同時填統一證號及護照號碼，無統一證號之外籍人士得出示原始國籍之相關證件，並填列該證號。(以上證明僅供申請人於戶政事務所申請相關親等關聯資料使用。)</td> </tr> </table>	姓名 (註一)	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年齡	歲	民國 年 月 日生	國民身分證統一編號			外籍人士之統一證號(註二)			外籍人士之護照號碼			戶籍地址	縣 鄉鎮 村 路 市 市區 里 鄰 街 段 巷 弄 號 樓		現居地址	縣 鄉鎮 村 路 市 市區 里 鄰 街 段 巷 弄 號 樓		病歷號碼	連絡電話		說明	依據人工生殖法第十五條第二項精卵捐贈親屬關係查證辦法，茲證明申請人確為施行人工生殖技術，請同意申請直系血親、直系姻親、四親等內之旁系血親之相關親等關聯資料。		以上事項屬實無誤特此證明			醫師姓名： 醫師證書字號： _____ 醫字第 _____ 號 醫療機構名稱： 開業執照字號： _____ 醫字第 _____ 號 地址： 電話： 中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日			註一：本欄位應填寫欲申請直系血親、直系姻親、四親等內之旁系血親相關親等關聯資料之申請人姓名。 註二：無國民身分證之外籍人士請同時填統一證號及護照號碼，無統一證號之外籍人士得出示原始國籍之相關證件，並填列該證號。(以上證明僅供申請人於戶政事務所申請相關親等關聯資料使用。)			<p>一、修正本表名稱。</p> <p>二、表次變更，現行條文第三條附表二移列至修正條文第二條附件一。</p> <p>三、增列申請人配偶之基本資料相關欄位，以符實需。</p> <p>四、酌作文字修正。</p>
申請人姓名	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女																																																																																										
年齡	歲	民國 年 月 日生																																																																																										
國民身分證統一編號																																																																																												
外籍人士之統一證號																																																																																												
外籍人士之護照號碼																																																																																												
戶籍地址	縣 鄉鎮 村 路 市 市區 里 鄰 街 段 巷 弄 號 樓																																																																																											
居所地址	縣 鄉鎮 村 路 市 市區 里 鄰 街 段 巷 弄 號 樓																																																																																											
病歷號碼	連絡電話																																																																																											
申請人配偶姓名	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女																																																																																										
年齡	歲	民國 年 月 日生																																																																																										
國民身分證統一編號																																																																																												
外籍人士之統一證號																																																																																												
外籍人士之護照號碼																																																																																												
戶籍地址	縣 鄉鎮 村 路 市 市區 里 鄰 街 段 巷 弄 號 樓																																																																																											
居所地址	縣 鄉鎮 村 路 市 市區 里 鄰 街 段 巷 弄 號 樓																																																																																											
病歷號碼	連絡電話																																																																																											
說明	茲證明申請人確為實施人工生殖技術之需，請同意其依人工生殖法第十五條第二項所訂定之精卵捐贈親屬關係查證辦法之規定，申請其直系血親與四親等內之旁系血親，及其配偶之直系血親與直系姻親之親等關聯資料。																																																																																											
醫師姓名：_____ 簽章： 醫師證書字號：衛生福利部醫字第 _____ 號 醫療機構名稱： 開業執照字號： _____ 醫字第 _____ 號 醫療機構地址： 醫療機構電話： 中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日																																																																																												
姓名 (註一)	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女																																																																																										
年齡	歲	民國 年 月 日生																																																																																										
國民身分證統一編號																																																																																												
外籍人士之統一證號(註二)																																																																																												
外籍人士之護照號碼																																																																																												
戶籍地址	縣 鄉鎮 村 路 市 市區 里 鄰 街 段 巷 弄 號 樓																																																																																											
現居地址	縣 鄉鎮 村 路 市 市區 里 鄰 街 段 巷 弄 號 樓																																																																																											
病歷號碼	連絡電話																																																																																											
說明	依據人工生殖法第十五條第二項精卵捐贈親屬關係查證辦法，茲證明申請人確為施行人工生殖技術，請同意申請直系血親、直系姻親、四親等內之旁系血親之相關親等關聯資料。																																																																																											
以上事項屬實無誤特此證明																																																																																												
醫師姓名： 醫師證書字號： _____ 醫字第 _____ 號 醫療機構名稱： 開業執照字號： _____ 醫字第 _____ 號 地址： 電話： 中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日																																																																																												
註一：本欄位應填寫欲申請直系血親、直系姻親、四親等內之旁系血親相關親等關聯資料之申請人姓名。 註二：無國民身分證之外籍人士請同時填統一證號及護照號碼，無統一證號之外籍人士得出示原始國籍之相關證件，並填列該證號。(以上證明僅供申請人於戶政事務所申請相關親等關聯資料使用。)																																																																																												

附件二

第三條附件二

切結書

茲因：夫_____妻_____擬依人工生殖法之規定，接受捐贈之
精子卵子(請勾選)實施人工生殖，基於(請詳述理由，例如受術夫或受術妻之任一方為外籍人士)：

之事由，取得受術夫受術妻(請勾選為外籍人士等理由之人)完整之親等關聯資料證明確有困難，但願意盡可能取得及列出人工生殖法第十五條第一項規定之親屬資料(略以：接受捐精施行人工生殖者，應列出妻方之直系血親與四親等內旁系血親，及夫方之直系血親與直系姻親；接受捐卵施行人工生殖者，應列出夫方之直系血親與四親等內旁系血親，及妻方之直系血親與直系姻親)，供作查證之參據。

此致 衛生福利部國民健康署

受術夫
姓名：_____ (簽章)
國民身分證統一編號：□□□□□□□□□□
外籍人士之統一證號：□□□□□□□□□□
外籍人士之護照號碼：□□□□□□□□□□
出生日期：中華民國____年____月____日
受術妻
姓名：_____ (簽章)
國民身分證統一編號：□□□□□□□□□□
外籍人士之統一證號：□□□□□□□□□□
外籍人士之護照號碼：□□□□□□□□□□
出生日期：中華民國____年____月____日

中華民國____年____月____日

- 一、本表新增。
- 二、考量受術夫妻如為外籍人士，親等關聯資料取得恐有困難，爰新增本表，以符實需。