

財團法人台灣癌症基金會

2026 卵巢癌 Care HRD 基因檢測補助計劃

本專案補助之基因檢測須由醫院端之專科醫師依治療需求提出申請；不開放自行提出申請

全台約有 15 ~ 20% 的卵巢癌患者具有 BRCA 基因突變，患者一旦確診後即可進行基因檢測，提供精準治療的選擇，能有效延緩復發，以提升治療成效。近年研究指出，復發率極高的卵巢癌，大多與同源重組修復缺陷(HRD)有關。HRD 是指人體內參與 DNA 修補的重要基因群(如 BRCA1/2 等)功能受損。當這個原本應維持細胞穩定的修復系統出現缺陷時，就會導致基因不穩定，進而大幅增加癌症發生或復發的風險。為提升卵巢癌的治療成效以及有效延長卵巢癌病友的無疾病存活期，台灣癌症基金會將提供 HRD 基因檢測補助。

一、申請時間：

HRD 補助至 115 年 12 月 31 日截止或額滿為止。



衛教影片



衛教手冊

二、補助名額與資格：

<i>卵巢癌 HRD 基因檢測補助計畫</i>	
癌別	卵巢癌、輸卵管癌及原發性腹膜癌
名額	補助 350 名
補助金額	採實支實付，每位上限 20,000 元
條件限制	1. 初診斷為晚期：FIGO(國際婦產科聯盟)分期為 第三期、第四期。 2. 預計或已接受化學治療，疾病未復發者。 3. <u>未參與過本會 2021 年至 2025 年 CARE HRD 基因檢測計畫申請者以及外部民間病友組織之同類型的補助專案，始得申請。</u>

三、申請流程：



四、注意事項：

1. 秉持公平原則，經濟弱勢優先補助。
2. 本會將依電子郵件收件或郵戳日期或最後補件日為申請順序排序，請於寄出前確認資料完整。
3. 申請表及檢附資料，依下列指示送件至「台灣癌症基金會 Care HRD 專案小組」。(響應環保無紙化，鼓勵盡量以電子郵件方式寄送申請。
(1) E-MAIL : carehrd@canceraway.org.tw ; 主旨：申請人姓名-申請項目-送件醫院。
(2) **嘉義以南(包含嘉義、台東)**請掛號郵寄：807 高雄市三民區九如二路 150 號 9 樓之 1，台灣癌症基金會 Care HRD 專案小組收；**雲林以北(包含雲林、花蓮)**請掛號郵寄：10597 台北市松山區南京東路五段 16 號 5 樓之 2，台灣癌症基金會 Care HRD 專案小組收。
4. 補助檢附資料：身分證正反面影本、申請者(本人)匯款帳戶影本、基因檢測收據以及自費佐證資料(如：自費同意書、檢測結果報告)。
5. 本會收到資料後，將於七個工作日內與您或醫院端聯絡 (請注意手機來電並接聽)。
6. 申請條件已載明，將依規定審核；不符資格者恕不受理，敬請見諒。如有未盡詳細事宜，以主辦單位公告為主，主辦單位保留修改活動辦法之權利。

財團法人台灣癌症基金會

2026 卵巢癌 Care HRD 補助專案 申請表

基本資料	姓名			出生日期	_____年(西元)____月____日	
	身份證字號			電話		
	聯絡地址					
	E-mail					
醫院資料 限由院方填寫	聯絡人姓名		關係		電話	
	癌別/期別	_____癌/第____期	診斷時間	_____年____月	轉移部位	
	手術切除	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		手術時間	_____年____月	
	癌症復發	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		復發時間	_____年____月	
	治療方式	<input type="checkbox"/> 初診斷，尚未進行治療 <input type="checkbox"/> 化學治療期間：_____ 藥名：_____ <input type="checkbox"/> 標靶治療期間：_____ 藥名：_____ <input type="checkbox"/> 免疫治療期間：_____ 藥名：_____ <input type="checkbox"/> 其他治療方式：_____				
【資料聲明】本單位已充分了解最新特管辦法之規定，並依法執行本次檢測。 <input checked="" type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意						
	主治醫師	*醫師簽章	E-mail		就診醫院	
	個案管理師		E-mail		個管師電話	
個人資料聲明(務必詳閱及親簽)						
<p>本人已充分了解【Care HRD 基因檢測經費補助計畫】之說明與檢測流程，且補助專案申請表中所屬的個人資料與申請補助款之相關資料，僅為台灣癌症基金會基因檢測補助專案期間使用，不做任何行銷用途。專案結束後即銷毀。</p> <p>本人同意基於醫療、照護服務或個人資料保護法之特定目的下，得蒐集、處理或利用本人之病歷、基因檢測報告等個人資料。且申請人同意財團法人台灣癌症基金會為評估及提供後續服務，可運用個人資料進行電話關懷追蹤、報告結果分析，如不同意及無法配合者，恕難提供相關社會資源服務。</p> <p style="text-align: right;"><input checked="" type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意 申請人簽名(親簽)：_____</p>						
請勾選寄送台癌資訊與否： <input type="checkbox"/> 每季會訊 <input type="checkbox"/> 電子報，信箱：_____						
補助申請須提供下列資料						
<input type="checkbox"/> 身分證正反面影本 <input type="checkbox"/> 申請本人之匯款帳戶影本 <input type="checkbox"/> 基因檢測收據 <input type="checkbox"/> 基因檢測佐證資料，如：自費同意書或檢測報告						

- 如有任何疑問，嘉義以南(包含嘉義、台東) 請洽專線 07-311-9137，分機 212；雲林以北(包含雲林、花蓮) 請洽專線 02-8787-9907，分機 218/238 (週一至週五 09:00 至 18:00)