

令和7年度鶴岡市生殖補助医療費助成事業申請用証明書

年 月 日

医療機関(又は薬局)の名称及び所在地

主治医(又は薬剤師)氏名

下記の者について、公的医療保険が適用される生殖補助医療（保険診療の生殖補助医療と併用して実施される不妊治療に係る先進医療を含む）を実施し、これに係る医療費の本人負担額を下記のとおり徴収したことを証明します。

医療機関記入欄（主治医がご記入ください。薬局の場合は太枠のみご記入ください。）

[illegible]