

## 2026 年度 被保険者 婦人科検診検査項目証明書

※こちらの書式は申請書ではありません。

2026 年度より紙の申請書は廃止となりましたので、申請は Pep Up からお願いいたします。

本証明書は領収書に受診項目が記載できない、もしくはその他受診項目の詳細を証明できるものがない場合にご利用ください。

(補助対象検査項目の詳細が記載されているウェブサイトやパンフレット等が準備できる場合はこちらの証明書は不要です)

保険証等記号		保険証等番号		
被保険者氏名		電話番号		
※補助金額は①～④の項目を合算して上限25,000円、⑤上限8,000円、⑥上限5,500円				
受診項目	該当する項目に ○を入れてください	受診項目	該当する項目に ○を入れてください	その他
①マンモグラフィ		②乳房エコー (超音波検査)		
③子宮頸がん ※HPV検査は対象外		④経膣エコー (超音波検査)		合計金額
⑤子宮体がん ※50歳以上		⑥骨密度 (放射線・超音波のみ) ※50歳以上		
<b>医療機関 ご担当者様</b> 受診された検査項目に○をご記入のうえ、下記医療機関印欄に押印をお願いいたします。				
医療機関印 (上記検査項目実施を証明いたします)				印