

# 医師資格証 新規発行申請書 記入例

- 申請日を記入してください。
- 氏名(現姓・本名)のフリガナ・漢字を記入してください。ローマ字は希望がある場合のみ記入してください。記入がない場合はへボン式で表記します。
- 住民票に記載の旧字・異体字を使用して発行を希望する場合は、本項目に✓を入れてください。✓がない場合は、新字・常用漢字を使用して発行します。
- 住民票に記載のとおり性別、生年月日、住民票住所を記入してください。
- 医師免許証に記載のとおり、医籍登録番号、医籍登録年月日を記入してください。
- 日本医師会の加入状況について1.~4.のいずれかに✓を入れてください。日本医師会の会員の場合は、会員番号を記入してください。
- 所属している都道府県医師会名、群市区等医師会名を記入してください。どの医師会にも所属していない場合は「なし」と記入してください。
- 医師資格証に設定する4桁の暗証番号を任意の数字で記入してください。この暗証番号は医師資格証をICカードリーダーで読取する際に使用します。
- パスポート規格に準じた証明写真用顔写真を貼付してください。カラー/モノクロのいずれも可です。貼付した顔写真は医師資格証の券面に使用します。
- 勤務先を記入してください。複数の勤務先がある場合は主たる勤務先を記入してください。勤務先がない場合は「なし」と記入してください。
- ご希望の連絡先を記入してください。メールアドレスがない場合は「なし」と記入してください。連絡先情報は、発行完了のお知らせや更新のお知らせなど、医師資格証に関する郵便物の発送先として使用します。
- 希望の受取場所(医師会)を選択・記入してください。なお、受取は申請者ご本人に限ります。代理人による受取はできません。
- 医療機関等向け総合ポータルサイトで電子処方箋の利用申請が済み、電子処方箋の発行に当たりICカードが必須である場合は、本項目に✓を入れてください。
- 医師資格証に本名・現姓に加えて旧姓または通称名の併記を希望する場合は本項目に記入してください。旧姓の併記を希望する場合は、旧姓等が確認できる公的書類を提出してください。(詳細は送付書類チェックリストを参照)通称名の併記を希望する場合は通称名が記載されている住民票を提出してください。
- 『日本医師会医師資格証電子証明書サービス利用規約』を確認後、申請者ご本人が直筆で署名してください。

日本医師会 新規発行		医師資格証 新規発行申請書		1 申請日		2 0 2 5 年		9 月		1 日		
■「*」がついている項目は記入必須項目です。 ■申請書に記入された情報は、日本医師会個人情報保護方針に則り取り扱います。												
■ローマ字は希望がある場合のみ記入してください。記入がない場合はへボン式で表記します。 ■ローマ字氏名は「日医 太郎」の場合、「NICHII Taro」と表記されます。												
■漢字記入欄のマス目が足りない場合は、マス目を無視して記入してください。												
2	氏名*	フリガナ	セイ	ニセイ	Mei	メイ	タロウ					
3	旧字・異体字使用希望	旧字・異体字を使用希望 <input type="checkbox"/> 旧字・異体字を使用希望 <input checked="" type="checkbox"/> ■住民票に記載の旧字・異体字を使用して発行を希望する場合は「旧字・異体字を使用希望」に✓を入れてください。										
4	性別*	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		生年月日*	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成		1 年		2 月		3 日	
5	住民票住所*	〒 XXX - XXXX ○○県 ○○市 ○○町 X丁目 X - XX ○○マンション ○○号室										
6	医籍登録番号*	第 1 2 3 4 5 6 号		医籍登録年月日*	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和		1 年		3 月		2 5 日	
7	日本医師会加入状況*	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 日本医師会 会員 <input type="checkbox"/> 2. 加入申込から3か月以内の日本医師会 会員 <input type="checkbox"/> 3. 日本医師会 非会員 <input type="checkbox"/> 4. 不明 ※審査時の加入状況に準じて発行します。										
8	日本医師会会員ID	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0										
9	所属医師会名*	<input type="checkbox"/> 都道府県医師会 <input checked="" type="checkbox"/> 群市区等医師会 <input type="checkbox"/> 市医師会										
10	医師資格証暗証番号*	■ICカードで電子署名や認証をする際に使用する暗証番号です。 ■任意の数字4桁を記入してください。「0000」や「生年月日」は使用不可です。 ■暗証番号は発行時には通知しません。忘れないようご注意ください。										
11	勤務先医療機関名*	フリガナ	イリョウホウジン	ニセイイイン								
12	医療機関住所*	〒 XXX - XXXX ○○県 ○○市 ○○町 X丁目 X - XX										
13	医療機関コード	○○ビル1F										
14	医療機関形態*	<input checked="" type="checkbox"/> 法人 <input type="checkbox"/> 個人 <input type="checkbox"/> 中央官庁/地方公共団体/その他										
15	連絡先電話番号*	XXX - XXX - XXXX										
16	その他住所	〒										
17	メールアドレス*	abcd1234 @ jmaca.med.or.jp										
18	希望の医師資格証受取場所について以下のいずれかに✓をつけてください。地域の医師会で受取を希望の場合は都道府県名と医師会名を記入してください。	<input checked="" type="checkbox"/> 希望の受取場所 <input type="checkbox"/> ICカードの発行状況や審査の結果によっては、医師会での受取に代わり、③の連絡先住所へ「本人限定受取郵便(特例型)」で郵送する場合があります。										
19	ICカードの発行状況や審査の結果によっては、医師会での受取に代わり、③の連絡先住所へ「本人限定受取郵便(特例型)」で郵送する場合があります。	<input checked="" type="checkbox"/> 希望の受取場所 <input type="checkbox"/> ICカードの発行状況や審査の結果によっては、医師会での受取に代わり、③の連絡先住所へ「本人限定受取郵便(特例型)」で郵送する場合があります。										
20	ICカードの優先発行	<input type="checkbox"/> ICカードの在庫が不足した場合、HPKIセカンド電子証明書を先に発行し、ICカードは後日発行とすることがあります。現在の発行状況は日本医師会電子認証センターのWEBページをご確認ください。医療機関等向け総合ポータルサイトで電子処方箋の利用申請が済み、かつ電子処方箋の発行に当たりICカードが必要な場合は、左記の「ICカード優先発行希望」に✓を入れてください。※ご希望に添えない場合もあります。										
21	現姓・本名に加えて旧姓または通称名の併記を希望する場合のみ、本項目に記入してください。(旧姓または通称名のみでの発行はできません。)	<input checked="" type="checkbox"/> 旧姓/通称名の併記希望 (希望者のみ記入) <input type="checkbox"/> 旧姓の併記を希望 (提出書類の詳細は送付書類チェックリストを参照) <input type="checkbox"/> 通称名の併記を希望 (通称名が記載されている住民票を提出してください)										
22	旧姓または通称名	ローマ字	SEI	イリョウ	Mei	メイ	タロウ					
23	旧姓または通称名	漢字*	姓	医療								
24	旧姓または通称名	漢字*	名	太郎								
25	私は『日本医師会医師資格証電子証明書サービス利用規約』に同意し、医師資格証およびHPKIセカンド電子証明書の発行を申し込みます。	■申請者氏名自署欄は、取り消し線や訂正印は認められません。										
26	申請者氏名	自署 日医 太郎										
27	希望の受取場所(医師会)を選択・記入してください。なお、受取は申請者ご本人に限ります。代理人による受取はできません。	〒113-8621 東京都文京区本駒込2-28-16 公益社団法人 日本医師会電子認証センター <a href="https://www.jmaca.med.or.jp/guide/data/riyousya_kiyaku.pdf">https://www.jmaca.med.or.jp/guide/data/riyousya_kiyaku.pdf</a>										

## 申請後のよくある質問

- Q.発行までの進捗状況を知りたい。
- A.以下URLの『お問い合わせフォーム』よりお問い合わせください。 ※回答にはお時間をいただきます。
- <https://www.jmaca.med.or.jp/inquiry/>
- Q.申請後に転居した、または勤務先が変わった場合はどうしたらよいのか？
- A.以下URLの『連絡先変更』の項目をご確認いただき、『連絡先変更申請書』をご提出ください。
- <https://www.jmaca.med.or.jp/service/>

## その他 医師資格証に関するお問い合わせ先

その他、医師資格証に関するお問い合わせは『医師資格証サポートセンター』までお問い合わせください。  
お問い合わせの際は、『先生の氏名(フルネーム)』と『医籍登録番号』をお伝えください。

医師資格証サポートセンター

TEL : 03-6634-0904

Mail : toiwase@jmaca.med.or.jp

Ver.6.00  
REG-RAI-014