

医師資格証 新規発行申請書 記入例

- 1** 申請日を記入してください。
 - 2** 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。記入がない場合はハボン式で表記します。
 - 3** 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。
 - 4** 住民票に記載のとおりに性別、生年月日、住民票住所を記入してください。
 - 5** 医師免許証に記載のとおりに、医籍登録番号、医籍登録年月日を記入してください。
 - 6** 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。
 - 7** 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をしていない場合は「なし」と記入してください。
 - 8** 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み取る際などに使用します。
 - 9** 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。
 - 10** 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。
 - 11** 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。
 - 12** 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。
 - 13** 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んでおり、電子処方箋の発行にあたり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。
 - 14** 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。
 - 15** 『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

■「*」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。記入がない場合はハボン式で表記します。

■漢字記入欄のマスクが足りない場合は、マスクを無視して記入してください。

2 氏名* 現姓・本名で記入 ローマ字 SEI フリガナ* セイ 漢字* (左詰め) 姓 日 医 Mei メイ 名 太 郎

3 ① 申請者情報 旧字・異体字使用希望 旧字・異体字を使用希望 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 住民票 住所* 〒 XXX - XXXX ○○県 ○○市 ○○町 X丁目 X - XX ○○マンション ○○○号室

5 医籍登録番号* 第 1 2 3 4 5 6 号 医籍登録年月日* 昭和 平成 令和 1年 3月 25日

6 ② 勤務先情報 日本医師会会員加入状況* ✓ 1.日本医師会会員 2.加入申込から3ヶ月以内の日本医師会会員 3.日本医師会非会員 4.不明 ※審査時の加入状況に準じて発行します。 日本医師会会員ID 不明の場合は記入不要 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0

7 所属医師会名* 所属無はなしと記入 都道府県 医師会 〇〇県 医師会 群市区等 医師会 〇〇市 医師会

8 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通知しません。忘れないようご留意ください。 暗証番号* 2468 9 证明写真用顔写真貼付* 证明写真用顔写真貼付

10 ③ 連絡先情報 勤務先医療機関名* フリガナ* イリヨウホウジン ニチイイン 法人名(ある場合は記入) 医療機関名(勤務先が無い場合はなしと記入) 医療法人 日医医院

11 連絡先電話番号* 〒 XXX - XXXX ○○県 ○○市 ○○町 X丁目 X - XX 医療機関住所* 建物名等 (階層・診療科等) ○○ビル1F 内科

12 医療機関情報* 医療機関コード 法人 個人 電話番号* XXX - XXX - XXXX 設立 法人 個人 病院 有診療所 個人 病院 有床診療所 形態* 中央官庁/地方公共団体/その他 病院 その他

13 連絡先住所* 〒 その他 住所 建物名・所属・診療科等 メールアドレス* メールアドレスが無い場合はなしと記入 abcd1234 @ jmaca.med.or.jp

■6ヶ月以内に撮影した証明写真用の顔写真を貼付してください。

■無帽・黒背景であり、影や反射がない写真を貼付してください。

■品質に不足がある場合は、受付できませんことがあります。

14 ④ 発行・受取 希望の受取場所* 地域の医師会で対面受取 連絡先住所* 住民票住所 勤務先住所 その他の住所(以下の「その他住所」欄に記入) 日本医師会館 〒113-8621 東京都文京区本駒込2-28-16 面対面受取 公益社団法人 日本医師会電子認証センター

15 ICカードの優先発行 ICカード優先発行 ■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カードは後日発行することができます。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处方方箋の発行にあたり必ず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。

■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。)

16 ⑤ その他事項 旧姓/通称名の併記希望 旧姓の併記を希望 旧姓等が認証できる公的書類を提出してください。
(希望者のみ記入) 併記を希望 (提出書類の詳細・送付書類チャックリストを参照) 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。

17 ⑥ 同意事項 15申請者氏名 自署* 現姓・本名を楷書で記入 〒 XXX - XXXX ○○県 ○○市 ○○町 X丁目 X - XX ○○マンション ○○○号室

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。

【日本医師会医師資格証電子証明書サービス利用規約 URL】
https://www.jmaca.med.or.jp/guide/data/riouslya_kiyaku.pdf

Ver.6.00
REG-RAI-014

申請後によくある質問

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、『連絡先等変更申請書』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 : toiawase@jmaca.med.or.jp