

■「*」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。

① 申請者情報

氏名*
現姓・本名
で記入

ローマ字
フリガナ*
セイ
メイ

SEI
セイ
Mei
メイ

旧姓・異体字使用希望
☐ 旧姓・異体字を使用希望

性別*
☐ 男 ☐ 女

生年月日*
☐ 大正 ☐ 昭和 ☐ 平成
年 月 日

住民票
住所*

医籍登録
番号*
第 号

医籍登録
年月日*
☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和
年 月 日

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か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

所属医師会名*
所属無は「なし」と記入

都道府県
医師会

群市区等
医師会

医師会

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。

暗証番号*

② 勤務先情報

勤務先医療
機関名*

フリガナ*
名称*

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）

医療機関
住所*

建物名等
所属・診療科等

医療機関
情報*

医療機関
コード

電話
番号*

設立
形態*

☐ 法人 ☐ 個人
☐ 中央官庁/地方公共団体/その他

種別*

☐ 診療所 ☐ 有床診療所
☐ 病院 ☐ その他

③ 連絡先情報

連絡先
電話番号*

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）

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

@

■無帽・無背景であり、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、受付できないことがあります。

証明写真用顔写真 貼付*
パスポート写真サイズ
35mm×45mm
■6か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。

HPKI 医師資格証
JAPAN MEDICAL CREDENTIAL
HPKI 医師資格証
JAPAN MEDICAL CREDENTIAL

④ 発行・受取

希望の
受取場所*

☐ 地域の医師会
で対面受取

都道府県名
医師会名

☐ 日本医師会館
で対面受取

〒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

ICカードの
優先発行

☐ ICカード
優先発行希望

■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んでおり、かつ電子処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。

⑤ その他事項

旧姓/通称名の併記希望
（希望者のみ記入）

☐ 旧姓の
併記を希望

■旧姓等が確認できる公的書類を提出してください。
（提出書類の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

■通称名が記載されている住民票を提出してください。

旧姓または
通称名

ローマ字
フリガナ*
セイ
メイ

SEI
セイ
Mei
メイ

漢字*
（左詰め）
姓
名

⑥ 同意事項

私はい「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*

※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/riyousya_kiyaku.pdf

現姓・本名を
楷書で記入

Ver.6.00
REG-RAI-014