



福島医発第 1298 号 (総)
令和 4 年 8 月 8 日

各 医 師 会 長 殿

福 岡 県 医 師 会
会 長 蓮 澤 浩 明
(公 印 省 略)

医師資格証の申請方法と受け渡し方法について

時下ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。

さて、医師資格証の発行にあたっては事前審査及び普及促進等についてご協力ご高配賜り御礼申し上げます。

標記の件については、既に日本医師会から直接連絡のことと存じますが、来年 1 月より運用開始予定の電子処方箋の仕組みにおいて、電子処方箋を発行する医師に医師資格証 (HPKI カード) が必要になることから、多くの先生方が日本医師会へ照会されている状況でございます。そのため、医師資格証の申請方法や受け渡し方法に変更はございませんが、改めて、ご案内申し上げます。

本会といたしましては、引き続き、全会員への取得促進を図ってまいりますので、貴会におかれましても、医師資格証の取得に関する会員への更なる広報等についてご高配賜りますようお願い申し上げます。

■医師資格証の申請方法について■ (申請される先生向け)

<https://www.jmaca.med.or.jp/application/>

別紙 1 をご覧ください。

※申請者が電子認証センターに直接申請書を郵送する場合

【申請から受け取りまでの流れ】

- ①【申請に必要な書類】を、電子認証センターまでご郵送ください。
- ②日本医師会にて発行のための手続きを行います。
- ③医師資格証を発行後、申請書に記載された「医師資格証の受取希望医師会等」に送付いたします。
- ④先生には「発行完了通知 (ハガキ)」を送付いたします。

⑤ハガキに記載されている医師会等に連絡をしていただき、受け取り日時のご調整をお願いいたします。身分証明書を提示のうえ医師資格証を受け取られましたら、「発行完了通知（ハガキ）」に自署をしていただき、担当者へお渡しください。

※申請者が所属医師会に申請書を持参する場合

【申請から受け取りまでの流れ】

- ①【申請に必要な書類】を、所属医師会へご持参ください。書類の確認と対面審査を行います。
- ②福岡県医師会へ書類を送付後、日本医師会にて発行のための手続きを行います。
- ③医師資格証を発行後、申請書に記載された「医師資格証の受取希望場所」に送付いたします。

■医師資格証の受け渡し方法について（医師会等事務局向け）■

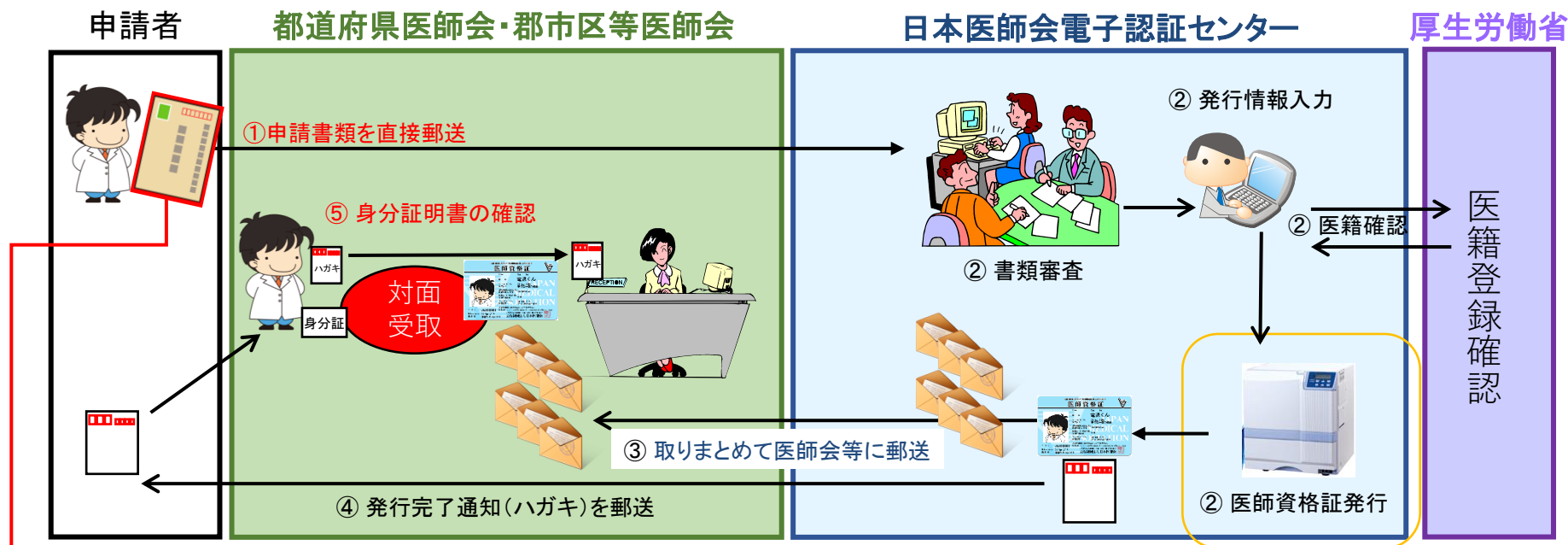
別紙2をご覧ください。

- ①福岡県医師会よりレターパックなどで医師資格証を送付いたします。申請者には「医師資格証 発行完了通知」（ハガキ）を郵送し、発行完了した旨を通知いたします。申請者から電話等で受け取り日時の確認連絡があるかと思われまますので、調整をお願いいたします。
- ②「LRA 本審査確認票」を使用し、身分証明書の確認をしてください。
- ③医師資格証をお渡しください。
- ④「発行完了通知（ハガキ）」に受領サインをしていただき、お受け取りください。
- ⑤ ②の「LRA 本審査確認票」と④の受領サイン付書類を福岡県医師会へご郵送ください。

（添付資料）

- ・別紙1 医師資格証の申請から受け取りまでの流れ
- ・別紙2 都道府県医師会、郡市区等医師会の本人確認と交付書類の取扱フロー
- ・医師資格証発行申請書（申請者直接郵送用）
- ・医師資格証発行申請書（群市受付用）
- ・郵送前申請書類チェックリスト

別紙1 医師資格証の申請から受け取りまでの流れ



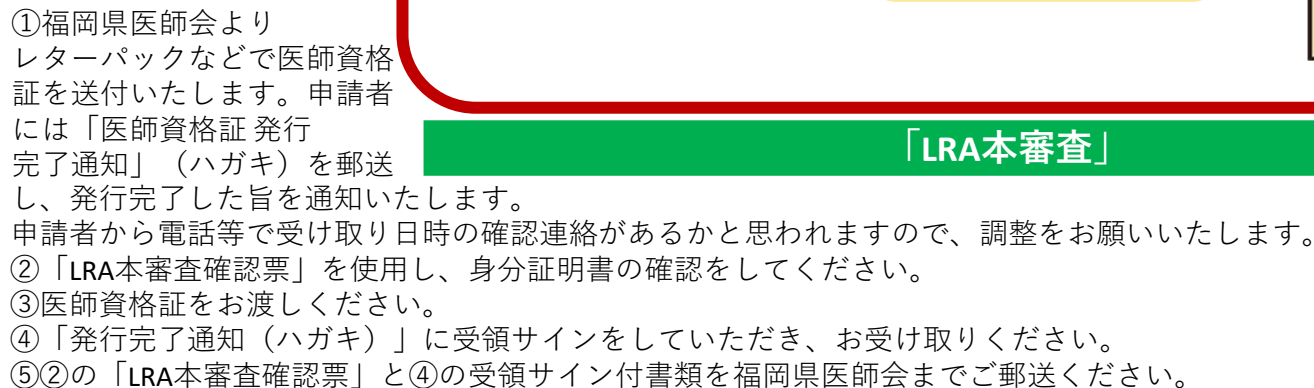
【申請に必要な書類】

1. 医師資格証発行申請書（顔写真貼付）
2. 医師免許証コピー
3. 身分証のコピー（受取時は原本提示）
4. 発行から6か月以内の住民票（コピー不可）

※医師資格証に旧姓・通称名を併記する、または、旧姓等により、申請書の姓と一部書類の姓が異なって記載されている場合などは、旧姓または通称名がわかる公的書類の原本（旧姓・通称名の併記された住民票の写し等）もあわせてご提出ください。

3. 身分証コピー（下記のいずれか1点）

- A. 日本国旅券（有効期限内のもの）
- B. 自動車運転免許証（有効期限内のもの）
- C. 運転経歴証明書（平成24年4月1日以降発行のもの）
- D. 住民基本台帳カード 写真付き（有効期限内のもの）
- E. マイナンバーカード【個人番号カード】（有効期限内のもの）※通知書ではありません ※裏面コピーは不要です
- F. 官公庁職員身分証（張替防止措置済み・写真付き）



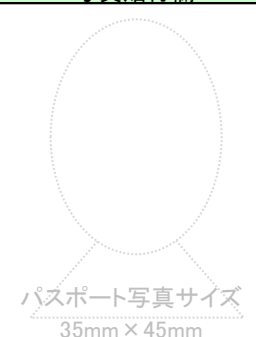
日本医師会 医師資格証 発行申請書(新規)

*印は必須項目です。

① 申請日 年 月 日

旧字、異体字などは、JIS2004文字に置き換えることがあります。

② 申請者登録情報 ローマ字表記は希望がある場合のみご記入ください。記載がない場合へボン式にて表記します。

氏名 (本名・現姓)*	ローマ字	Sei	Mei
	フリガナ*	セイ	メイ
	漢字*	姓	名
生年月日*	明治 大正 昭和 平成 年 月 日		性別* ☐ 男 ☐ 女
住所* 住民票に記載の住所	〒		所属医師会名* (所属なしは「なし」と記入)
			〈都道府県医師会名〉 〈郡市区等医師会〉
医籍登録番号*	第 号	医籍登録年月日*	大正 昭和 平成 令和 年 月 日
日医会員ID*	☐ 1. 日医会員> 日医会員番号(会員ID)* 左で1の場合記入 ☐ 2. 申し込み3ヶ月以内の新規日医会員(右「会員ID」記入不要) ☐ 3. 日医非会員		
医師資格証 暗証番号*	カードを利用するための暗証番号です。 任意の数字4桁をご記入ください。 暗証番号は、忘れないようご注意ください。 暗証番号は、「0000」や「生年月日」などを使わないように願います。		暗証番号* [][][][]
			写真貼付欄*  パスポート写真サイズ 35mm × 45mm

③ 申請者勤務先

医療機関名*	フリガナ	
	名称	
医療機関住所*	〒	
	(ビル名など)	(所属・診療科など)
医療機関情報*	医療機関コード	電話*
	設立形態*	☐ 法人組織 ☐ 個人事業者 ☐ 中央官庁/地方公共団体の組織 (該当がない時は、近いものを選択)
	種別*	☐ 診療所 ☐ 有床診療所 ☐ 病院 ☐ その他

④ 連絡先 本申請書や医師資格証に係るお知らせ等の連絡先に ☑ してください。

連絡先電話番号*	
連絡先住所*	☐ 住民票に記載住所(②と同じ) ☐ 勤務先住所(③と同じ) ☐ その他の住所を下記に記載
その他の住所 (右に記載)	〒 (ビル名・所属・診療科など)
メールアドレス	重要なお知らせ等で使います。 @

・6か月以内に撮影された写真を貼付してください。
・品質はパスポート申請用写真の規格に準じるものとします。
・品質に不足がある場合は、受付できないことがあります。

⑤ 医師資格証の受取場所 地域によって受け取りができない医師会があります。ご希望の医師会が受け取り可能かご確認の上でご記入ください。

以下のいずれかに☑して、地域の医師会の場合は医師会名を記入してください。	
ご希望の受取場所*	☐ 地域の医師会 (医師会名を記入してください。) ☐ 日本医師会 電子認証センター 〒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

⑥ その他の事項(該当者のみ記載)

通称名の併記希望は、住民票に記載された通称名のみ可能です。
旧姓の併記希望は、旧姓の分る戸籍(抄)謄本または旧姓も記載された住民票を添付してください。
ローマ字表記は希望がある場合のみご記入ください。記載がない場合へボン式にて表記します。

通称名または旧姓名の併記	医師資格証の券面に、	ローマ字	Sei	Mei
	☐ 本名に加えて通称名の記載を希望する	フリガナ	セイ	メイ
	☐ 現姓に加えて旧姓の記載を希望する	通称名または旧姓名	姓	名

私は以下の内容を確認し、日本医師会電子認証センターに医師資格証の発行を申し込みます。

- ・日本医師会電子認証センターホームページに掲載の『日本医師会認証局運用規程(CPS)』および『日本医師会医師資格証利用規約』に同意します。
- ・日本医師会医療認証基盤サービスに利用者登録されることに同意します。
- ・顔写真、氏名、生年月日、医籍登録番号、日医会員の場合に日医会員番号(非会員の場合は非会員と記載)が、医師資格証の券面に記載されることに同意します。
- ・通称名使用者は本名と通称名の両方が、旧姓使用者は現姓名と旧姓の両方が郵便物の宛名人になります。

以下の枠内に申請者氏名を楷書で自署してください。

申請者氏名*
(自署)
(本名・現姓)

日本医師会 医師資格証 発行申請書(新規)

*印は必須項目です。

① 申請日 年 月 日

旧字、異体字などは、JIS2004文字に置き換えることがあります。

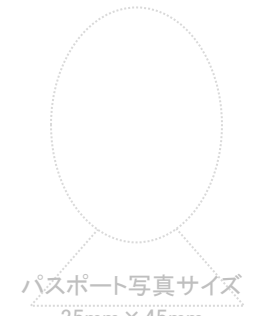
② 申請者登録情報 ローマ字表記は希望がある場合のみご記入ください。記載がない場合へボン式にて表記します。

氏名 (本名・現姓)*	ローマ字	Sei	Mei
	フリガナ*	セイ	メイ
	漢字*	姓	名
生年月日*	明治 大正 昭和 平成 年 月 日		性別* ☐ 男 ☐ 女
住所*	〒		所属医師会名* (所属なしは「なし」と記入)
住民票に記載の住所			(都道府県医師会名) (都市区等医師会)
医籍登録番号*	第 号	医籍登録年月日*	明治 大正 昭和 平成 年 月 日
日医会員ID*	☐ 1. 日医会員> ☐ 2. 申し込み3ヶ月以内の新規日医会員(右「会員ID」記入不要) ☐ 3. 日医非会員		日医会員番号(会員ID)* 左で1の場合記入
医師資格証 暗証番号*	カードを利用するための暗証番号です。 任意の数字4桁をご記入ください。 暗証番号は、忘れないようご注意ください。 暗証番号は、「0000」や「生年月日」などを使わないように願います。		暗証番号*

③ 申請者勤務先

医療機関名*	フリガナ	
	名称	
医療機関住所*	〒 (ビル名など) (所属・診療科など)	
医療機関情報*	医療機関コード	電話*
	設立形態*	☐ 法人組織 ☐ 個人事業者 ☐ 中央官庁/地方公共団体の組織 (該当がない時は、近いものを選択)
	種別*	☐ 診療所 ☐ 有床診療所 ☐ 病院 ☐ その他

写真貼付欄*



パスポート写真サイズ
35mm × 45mm

・6ヵ月以内に撮影された写真を貼付してください。
 ・品質はパスポート申請用写真の規格に準じるものとします。
 ・品質に不足がある場合は、受付できないことがあります。

④ 連絡先 本申請書や医師資格証に係るお知らせ等の連絡先に ☑ してください。

連絡先電話番号*	
連絡先住所*	☐ 住民票に記載住所(②と同じ) ☐ 勤務先住所(③と同じ) ☐ その他の住所を下記に記載
その他の住所 (右に記載)	〒 (ビル名・所属・診療科など)
メールアドレス	重要なお知らせ等で 使用します。 @

⑤ 医師資格証の送り先* 受取希望場所を、下のいずれかから選んで☑してください。

☐ 住民票に記載住所(②)	☐ 勤務先住所(③)	☐ その他(④) に送って下さい。
--------------------------------------	-----------------------------------	--

⑥ その他の事項(該当者のみ記載)

通称名の併記希望は、住民票に記載された通称名のみ可能です。
 旧姓の併記希望は、旧姓の分る戸籍(抄)謄本または旧姓も記載された住民票を添付してください。
 ローマ字表記は希望がある場合のみご記入ください。記載がない場合へボン式にて表記します。

通称名または旧姓名の併記	医師資格証の券面に、	ローマ字	Sei	Mei
	☐ 本名に加えて通称名の記載を希望する	フリガナ	セイ	メイ
	☐ 現姓に加えて旧姓の記載を希望する	通称名または旧姓名	姓	名

私は以下の内容を確認し、日本医師会電子認証センターに医師資格証の発行を申し込みます。

- ・日本医師会電子認証センターホームページに掲載の『日本医師会認証局運用規程(CPS)』および『日本医師会医師資格証利用規約』に同意します。
- ・日本医師会医療認証基盤サービスに利用者登録されることに同意します。
- ・顔写真、氏名、生年月日、医籍登録番号、日医会員の場合に日医会員番号(非会員の場合は非会員と記載)が、医師資格証の券面に記載されることに同意します。
- ・通称名使用者は本名と通称名の両方が、旧姓使用者は現姓名と旧姓の両方が郵便物の宛名人になります。

以下の枠内に申請者氏名を楷書で自署してください。

申請者氏名*
(自署)
(本名・現姓)

【郵送前申請書類チェックリスト】

※申請書類一式をご準備するためのチェック用としてご利用ください。

☐

1. 医師資格証発行申請書

※記入必須項目にもれなく記載がある。
※証明書用規格の顔写真である。
※申請書下部の自署欄に自署がある。

☐

2. 医師免許証のコピー

※裏面に記載がある場合、裏面コピーも取る。

☐

3. 身分証のコピー

※下記のいずれか1点のコピーをした。
A. 日本国旅券(有効期限内のもの)
B. 自動車運転免許証(有効期限内のもの)
C. 運転経歴証明書(平成24年4月1日以降発行のもの)
D. 住民基本台帳カード 写真付き(有効期限内のもの)
E. マイナンバーカード【個人番号カード】(有効期限内のもの)
※通知書ではありません ※裏面コピーは不要です
F. 官公庁職員身分証(張替防止措置済み・写真付き)

☐

4. 住民票

※発行から6ヶ月以内である。
※コピーせず、自治体から取得した原本である。

以下の書類は、医師資格証に「旧姓併記」を希望された方、旧姓等により、申請書の姓と一部書類の姓が異なって記載されているのみ必要となる書類です。

☐

5. 旧姓がわかる公的書類

※発行から6か月以内の戸籍(抄)謄本 または 旧姓がわかる住民票
いずれもコピーせず、自治体から取得した原本である。

申請書類 送付先

切り取って
ご利用ください

〒113-8621
東京都文京区本駒込2-28-16
日本医師会電子認証センター 行

医師資格証申請書在中