

医師資格証 募集中！！



表

注意事項

1. このカードは、利用規約に則ってご利用ください。
2. 暗証番号は、他人に知られないようご注意ください。
3. このカードは、他人に貸与または譲渡してはいけません。
4. このカードを紛失または破損した場合は、速やかに発行者に届出なくてはなりません。
5. このカードの記載事項に変更が生じた場合、また、有効期限が満了した場合、その取り扱いについて発行者の指示に従わなくてはなりません。
6. 資格を失った場合は速やかに届出し、カードの取り扱いについて発行者の指示に従わなくてはなりません。
7. このカードを紛失された場合、発行者にご連絡ください。

発行者：公益社団法人 日本医師会 電子認証センター
 Issuer: Japan Medical Association Certificate Authority
 〒113-0021 東京都文京区 5-5-5 2F 8F 文京デザインセンター 17 階 TEL 03-3942-7056(代表) FAX 03-3942-7079

HPKI電子証明書

裏

HPKI: 厚生労働省が所管する医師を始めとする26個の医療分野の国家資格を証明することができる。
 Healthcare Public Key Infrastructure

- ① 緊急時の身分証
 - ② 学会や研修会受講の単位管理
 (専門医や日医認定産業医への将来的活用 等)
 - ③ 診療情報提供書等の電子的送受による電子署名に必須
 (検査・画像情報提供加算200点<退院患者>、電子的診療情報評価料30点)
- ※ その他、日医では診療情報上の評価等を含めた
 利用場面を積極的に検討中 ~ まずはご登録を！！ ~
 (日医会員であれば新規登録は無料)

大阪府の発行率は
 全国ワースト1位
 2019年1月末時点

※ マイナンバーカードの更新制により医師免許証も更新制に？

※ 携帯するにはリスクが高い

国は医師免許証のカード化を構
 想しており、併せてマイナンバー
 カードに機能を移行させようと検
 討している

マイナンバーカード

氏名 番号 花子

住所 ○○県□□市△△町◇丁目○番地▽▽号

性別 女

平成元年 3月31日生 2025年 3月31日まで有効

□□市長 電子証明書の有効期限 年 月 日

0123456789ABCDEF 1234

●国政選挙権 1. 国政選挙の権限 2. 地方自治体の選挙権 3. 地方自治体の議決権 4. 地方自治体の執行権 5. 地方自治体の監督権 6. 地方自治体の審判権 7. 地方自治体の裁判権 8. 地方自治体の執行権 9. 地方自治体の監督権 10. 地方自治体の審判権 11. 地方自治体の裁判権 12. 地方自治体の執行権 13. 地方自治体の監督権 14. 地方自治体の審判権 15. 地方自治体の裁判権 16. 地方自治体の執行権 17. 地方自治体の監督権 18. 地方自治体の審判権 19. 地方自治体の裁判権 20. 地方自治体の執行権 21. 地方自治体の監督権 22. 地方自治体の審判権 23. 地方自治体の裁判権 24. 地方自治体の執行権 25. 地方自治体の監督権 26. 地方自治体の審判権 27. 地方自治体の裁判権 28. 地方自治体の執行権 29. 地方自治体の監督権 30. 地方自治体の審判権 31. 地方自治体の裁判権 32. 地方自治体の執行権 33. 地方自治体の監督権 34. 地方自治体の審判権 35. 地方自治体の裁判権 36. 地方自治体の執行権 37. 地方自治体の監督権 38. 地方自治体の審判権 39. 地方自治体の裁判権 40. 地方自治体の執行権 41. 地方自治体の監督権 42. 地方自治体の審判権 43. 地方自治体の裁判権 44. 地方自治体の執行権 45. 地方自治体の監督権 46. 地方自治体の審判権 47. 地方自治体の裁判権 48. 地方自治体の執行権 49. 地方自治体の監督権 50. 地方自治体の審判権 51. 地方自治体の裁判権 52. 地方自治体の執行権 53. 地方自治体の監督権 54. 地方自治体の審判権 55. 地方自治体の裁判権 56. 地方自治体の執行権 57. 地方自治体の監督権 58. 地方自治体の審判権 59. 地方自治体の裁判権 60. 地方自治体の執行権 61. 地方自治体の監督権 62. 地方自治体の審判権 63. 地方自治体の裁判権 64. 地方自治体の執行権 65. 地方自治体の監督権 66. 地方自治体の審判権 67. 地方自治体の裁判権 68. 地方自治体の執行権 69. 地方自治体の監督権 70. 地方自治体の審判権 71. 地方自治体の裁判権 72. 地方自治体の執行権 73. 地方自治体の監督権 74. 地方自治体の審判権 75. 地方自治体の裁判権 76. 地方自治体の執行権 77. 地方自治体の監督権 78. 地方自治体の審判権 79. 地方自治体の裁判権 80. 地方自治体の執行権 81. 地方自治体の監督権 82. 地方自治体の審判権 83. 地方自治体の裁判権 84. 地方自治体の執行権 85. 地方自治体の監督権 86. 地方自治体の審判権 87. 地方自治体の裁判権 88. 地方自治体の執行権 89. 地方自治体の監督権 90. 地方自治体の審判権 91. 地方自治体の裁判権 92. 地方自治体の執行権 93. 地方自治体の監督権 94. 地方自治体の審判権 95. 地方自治体の裁判権 96. 地方自治体の執行権 97. 地方自治体の監督権 98. 地方自治体の審判権 99. 地方自治体の裁判権 100. 地方自治体の執行権

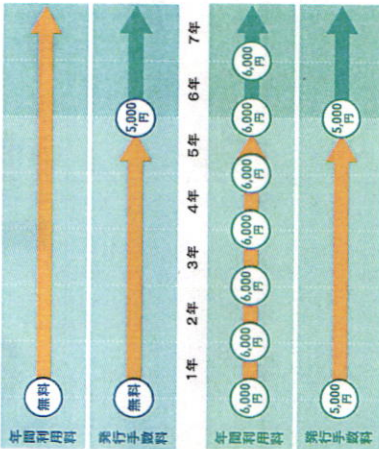
費用

日医会員

- ・初回発行手数料無料。
- ・年間利用料無料。
- ・5年経過後の医師資格証更新時には発行手数料5,000円(税別)が必要です。

日医非会員

- ・初回発行手数料5,000円(税別)。
- ・取得後1年目から5年目までの年間利用料6,000円(税別)
- ・5年経過後の医師資格証更新時には発行手数料5,000円(税別)が必要です。(発行・更新1年目は合計11,000円(税別)となります)



各種手続き

連絡先変更手続き

医師資格証に関わる連絡先等の情報に変更がある場合は、【連絡先変更申請書】と医師資格証のコピー(住民票住所変更の場合は住民票の写しの原本も)を日本医師会電子認証センターにご郵送ください。

暗証番号(パスワード)開示手続き

暗証番号を忘れてしまった場合、必要事項を記入の上、【暗証番号(パスワード)開示申請書】をご郵送ください。

医師資格証 利用中止届

医師資格証の利用中止をご希望の場合、必要事項を記入し、医師資格証を同封の上、【利用中止届】をご郵送ください。

医師資格証 紛失届

カードを紛失した場合、【紛失届】に必要事項を記入の上(再発行を希望する場合は再発行手続きも一緒に)、電子認証センターにご郵送ください。カードが不正利用されるのを防ぐため、ご本人確認完了後、カードを緊急失効致します。

医師資格証 再発行申請書

諸事由(カード紛失・破損・姓名変更・会員/非会員変更等)により再発行を希望される場合、【発行申請書(再発行)】に必要事項を記載し(写真も貼付してください)、住民票の写し、医師免許証のコピー、身分証のコピーを同封の上、電子認証センターに郵送し、再発行申請を行ってください。(申請書の種類が異なる以外は新規発行と同様の申請手続きとなります。)

※各種手続き書類は、日医電子認証センターホームページよりダウンロードできます。



日本医師会 電子認証センター
Japan Medical Association Certificate Authority

〒113-0021 東京都文京区本駒込2-28-8 文京グリーンコート17階



ホームページ | <http://www.jmaca.med.or.jp/>
お問合せ | toiawase@jmaca.med.or.jp

掲載内容2018年2月現在

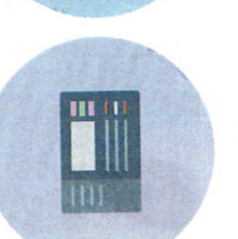
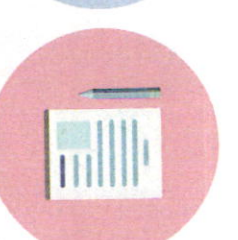
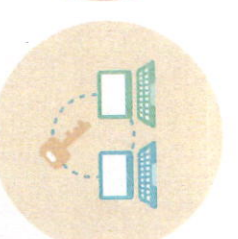
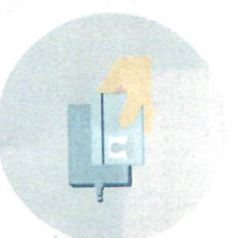
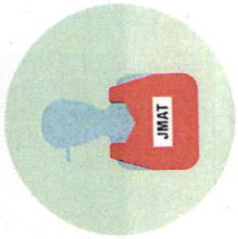
医師資格証

Medical Doctor Qualification Certificate



医師資格証ご利用シーン

身分証としての利用シーン



採用時の 医師資格確認

医療機関等の採用時に医師免許証と同様に医師資格証の提示が必要となります。日本医師会では、JMAT等、災害時における医師の資格確認も新たに認められました。
(※日本医師会・日本医師会が発行する医師資格証の提示は、医師の資格確認に関するものではありません。医師の採用時に関する資格確認については、医師の採用に関する規定に従ってください。)

緊急時の身分証

災害時等緊急時に、身分証の提示によって医師であることを示すことができます。日本医師会では、JMAT等、災害時における医師の資格確認も新たに認められました。
(※日本医師会・日本医師会が発行する医師資格証の提示は、医師の資格確認に関するものではありません。医師の採用時に関する資格確認については、医師の採用に関する規定に従ってください。)

JAL DOCTOR 登録制度

JALグループ便機内で急病人や怪我人が発生し、医療援助が必要となった場合、登録いただいた医師の方へ客室乗務員が直接お声掛けをさせていただきます。
(登録および乗降時対応は任意となります)

講習会受付

生涯教育制度、認定医制度、かかりつけ医制度研修制度等、各種研修会で「医師資格証」の出発管理システムが導入されている医師会では、カードをさすだけで受付を行うことができます。

ログイン認証

地域医療連携ネットワーク・ASP電子署名システム・医師資格証ポータル・プロフィール表示サービス・HPKI(カードドライバ/クラウド等)へのログイン認証に利用することができます。

HPKI電子署名

電子化された医療情報文書に対して、診療情報提供加算の要件の一つであるHPKI署名を行うことができます。電子署名システムで提供している「医師資格証 電子署名システム」と他社ベンダー様で提供しているHPKI電子署名ソフトでご利用いただけます。

研修会受講履歴 単位管理

「医師資格証ポータル」にログインすることで、受講した研修会の履歴や単位管理を行うことができます。※所属の都道府県医師会が「全国医師会研修管理システム」を導入しており、そこで受講実績が確定されたものが表示されます。

MEDPost (文書交換サービス) の利用

MEDPost(文書交換サービス)のログイン時、医師資格証が必要となります。MEDPostは日本医師会ORCA管理機構が提供しているサービスです。

医師資格証申請方法

申請書類一式郵送先 ▶ 日本医師会 電子認証センター 〒113-0021 東京都文京区本駒込2-28-8 文京グリーンコート17階

① 「申請書類」一式を
日本医師会電子認証
センターへ郵送します。

日医
会員

発行時費用の
払込票が
郵送されます。

ゆうちょ・コンビニ
払込票にて
支払います。

②

医師資格証が
発行されます。

日医非会員は入金確認後

③

医師資格証発行完了
通知(ハガキ)が連絡
先住所に到着します。

④

申請者本人が
「対面受取時の書類」
を持参し、発行完了通知に
記載された医師会まで医師
資格証を受け取りに行きます。
※代理人不可

申請書類

1 医師資格証
発行申請書
ダウンロードから
発行後、6ヶ月以内
の提出が必要です。
(証明写真が必要)

2 医師免許証
コピー
(写真がある場合、
裏面コピーも必要です。)

3 住民票
発行から6ヶ月以内

4 身分証のコピー
(下記のいずれか1点)
(有効期限内のもの)
・日本国旅券
・運転免許証 もしくは
運転経歴証明書 (平成24年4月1日以後発行のもの)
・マイナンバーカード ※裏面のみの提出(マイナンバー不可)
・住民基本台帳カード
・官公庁発行職員身分証明書

対面受取時の書類

1 医師資格証
発行完了通知
(ハガキ)
申請時に記入した
連絡先住所にハガキが
郵送されます。

2 医師免許証
または
医師免許証のコピーの余白に実印を
捺印したものと印鑑登録証明書
(発行から6ヶ月以内)を提出

3 身分証の提示
(下記のいずれか1点)
(有効期限内のもの)
・日本国旅券
・運転免許証 もしくは
運転経歴証明書 (平成24年4月1日以後発行のもの)
・マイナンバーカード ※裏面のみの提出(マイナンバー不可)
・住民基本台帳カード
・官公庁発行職員身分証明書

※あらかじめ受取場所の医師会に電話確認をしてください。

日医「医師資格証」の申請について

【申請時に必要な書類】

- ・発行申請書（写真貼付と記入が必要）
- ・住民票（発行より6ヶ月以内）
- ・身分証明書（運転免許証、パスポートなど）のコピー
- ・医師免許のコピー（※裏面に記載がある場合は、裏面もコピーが必要）

【送付先】

日本医師会 電子認証センター

〒113-0021

東京都文京区本駒込2-28-8

文京グリーンコートセンターオフィス17階

ホームページ（新規申請用） 申請書のダウンロードも可

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

【受取方】

- ・申請から3～4週間後に、申請書に記載した“連絡先住所”へ『医師資格証発行完了通知』が届けられます。この通知ハガキに記載されている“受取場所（〇〇医師会）”に、下記書類を持参してください。

《受け取り時に必要な書類》

- ・医師資格証発行完了通知（ハガキ）
- ・医師免許（原本）
※医師免許（コピー）の場合は余白に実印と印鑑証明書（発行より6ヶ月以内）
- ・身分証明書（運転免許証、パスポートなど）

【担当】大阪府医師会・企画課

TEL:06-6763-7021

E-MAIL:kikaku@po.osaka.med.or.jp

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*	明治 大正 昭和 平成 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*
----------------	--	-------	--------

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

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います。 @

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。) ☐ 日医電子認証センター(日医会館近く) 〒113-0021 東京都文京区本駒込2-28-8 文京グリーンコート17F 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)

医師資格証発行申請書(新規)の記入例

新規発行は、初めて医師資格証の申請をするものです。申請は、いつでもできます。
(過去に医師資格証を発行された方、医師資格証を更新する方、発行済医師資格証の内容変更をする方は、更新申請または再発行申請をしてください。)

- 発行申請書(新規)に添付して提出が必要な書類(以下の3点)
- (1) 医師免許証のコピー(裏面に記載がある場合は裏面も)
 - (2) 住民票の写し
 - (3) 身分証のコピー 次の内のいずれか1点
 - ・日本国旅券(有効期間内のもの)
 - ・運転免許証(有効期間内のもの)または運転経歴証明書(平成24年4月1日以降発行のもの)
 - ・マイナンバーカード【個人番号カード】(有効期間内のもの)
 - ・住民基本台帳カード(有効期間内のもの)
 - ・官公庁発行職員身分証(写真付、張替防止措置済のもの)
 - ・その他認証局が認めるもの

記入例

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	2017 年 8 月 1 日	
② 申請者登録情報	旧字・異体字などは、JIS2004文字に置き換えることがあります。 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。	
③ 氏名 (本名・現姓)*	ローマ字 フリガナ セイ ニチイ メイ タロウ	漢字 姓 日医 名 太郎
④ 生年月日*	明治 大正 昭和 平成 30 年 1 月 15 日	性別* ☒ 男 ☐ 女
⑤ 住所*	〒113-0021 東京都文京区本駒込2-28-8	
⑥ 医籍登録番号*	第 1234567 号	医籍登録年月日* 明治 大正 昭和 平成 56 年 3 月 30 日
⑦ 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	
⑧ 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桁を記入してください。 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。	
⑨ 申請者勤務先	医療機関名* フリガナ ニチイイン 名称 日医医院 医療機関住所* 〒113-0021 東京都文京区本駒込2-28-8 (ビル名など) ○○ビル (所属・診療科など) 内科 医療機関情報* 医療機関コード 1 2 3 4 5 6 7 電話* 03-XXXX-XXXX 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 種別* ☒ 診療所 ☐ 有床診療所 ☐ 病院 ☐ その他	
⑩ 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* 03-XXXX-XXXX 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。 toiwase @ jmaca.med.or.jp	
⑪ 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 ☒ 地域、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 ○○市医師会 ☐ 日医電子認証センター(日医会館近く) 〒113-0021 東京都文京区本駒込2-28-8 文京グリーンコート17F 公益社団法人日本医師会電子認証センター	
⑫ その他の事項(該当者のみ記載)	通称名の併記は、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。	
⑬ 通称名または旧姓名の併記	医師資格証の券面に、 ☐ 本名に加えて通称名の記載を希望する ☐ 現姓に加えて旧姓の記載を希望する	
⑭ 申請者氏名*	(自署) (本名・現姓) 日医太郎	

- 氏名をカタカナ、漢字で記入してください。ローマ字は、原則として認証局で自動的にフリガナをへボン式ローマ字に置き換えます。特にご希望のローマ字表記がある場合にのみ申請者にて記入願います。(姓を表さないもの、誤解を生じる恐れがあるもの等、お引き受けできない場合があります。)
- 「生年月日」、「性別」、「住民票住所」を正確に転記してください。
- 所属都道府県医師会、所属市区等医師会を記入してください。医師会に所属していない方は、「なし」と記入してください。
- 医師免許証から「医籍登録番号と登録年月日」を正確に転記してください。
- 日医会員、新規会員または非会員に☒してください。会員の場合は、会員番号を記入してください。新規会員で会員番号が不明な場合は番号未記入で結構です。非会員は、番号記入不要。
- 新規発行する医師資格証の任意の暗証番号(パスワード、任意の数字4桁)を記入してください。
- パスポート規格の写真を貼り付けてください。(カラー、モノクロのいずれも可) 無背景で鮮明なもの。
- 勤務先を記入してください。複数の場合は代表的なものを記入してください。勤務されていない方は、「なし」と記入してください。
- 医師資格証に関するお知らせに使用します。記入してください。
- 医師資格証の受け取りを希望する場所を選択(記入)してください。地域によっては取り扱いが始まっていないことがあります。その場合は、受け取りできる近隣医師会をお知らせします。

⑪ (該当する方のみ)
医師資格証に本名・現姓に加えて「通称名・旧姓」の印刷を希望される方は、☒してください。
※通称名は住民票に記載されているもののみ印刷可能です。

⑫ (該当する方のみ)
医師資格証に、本名に加えて通称名、現姓に加えて旧姓を印刷する方は、通称名または旧姓名を記入してください。
旧姓の併記を希望の場合は、旧姓を確認できる公的書類(次の内の1点)を添付してください。
・戸籍(抄)謄本 ・旧姓も記載された住民票

⑬ 同意事項です。ご確認ください。

⑭ 申請者の氏名を自署してください。自署の訂正は受け付けられません。