

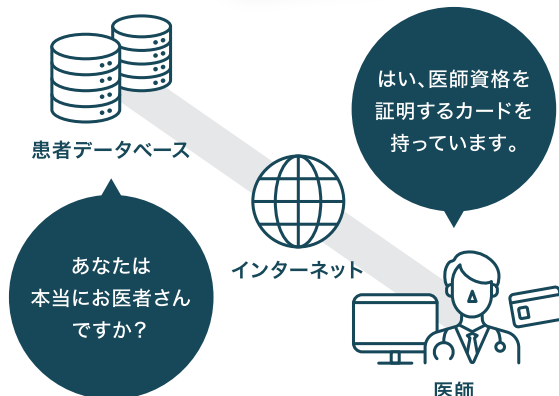
# 医師資格証 (HPKIカード)



医師資格証は、医師資格を持つ本人であることを証明するICカードです。携帯に不便な紙の医師免許証に代わり、カードを提示することで医師であることの証明ができます。

更に、今後進展する医療分野のデジタル化の場面において、カードのICチップに格納された電子証明書を用いることで、電子的な医療文書に医師本人が作成したことを証明する電子署名ができたり、様々な医療情報にアクセスするため、医師資格を証明するログイン認証用のカードとして利用することもできます。

日本医師会では、安全で安心な医療分野のIT化・デジタル化を推進するため、厚生労働省の施策である保健医療福祉分野公開鍵基盤「HPKI(Healthcare Public Key Infrastructure)」の枠組みとして、「日本医師会認証局」を運営し「医師資格証」を発行しています。



## 医師資格証利用シーン

採用時の  
医師資格確認



JAL DOCTOR  
登録制度



緊急時の身分証



HPKI電子署名

ログイン認証



講習会受付

研修会受講履歴  
単位管理



他社サービスの  
利用

## 医師資格証利用申し込み方法

### 1. 必要書類の準備

- 日本医師会 医師資格証 発行申請書
- 住民票 (原本、発行後3ヶ月以内のもの)
- 医師免許証 (原本)
- 公的な写真付き身分証明書 (原本) [運転免許証、パスポート、マイナンバーカード等]
- 【姓の変更等がある場合】 現姓・旧姓がわかる公的書類 (戸籍謄(抄)本等)

### 2. LRA (地域受付審査局) へのご予約

- 熊本市医師会事務局 (TEL: 096-362-1221) または
- 熊本県医師会事務局 (TEL: 096-354-3838) へ事前審査ご予約の旨をご連絡ください。

### 3. 申請者本人によるLRA窓口への書類持参 (対面確認)

- 1の必要書類をご持参のうえ、2でご予約されたLRA窓口へお越しください。
- \*本人確認があるため、代理の方ではお受け付けできません。
- \*病院の場合、自院職員をLRA担当者として登録することで自院にて書類受付が可能です。
- 詳細は熊本県医師会 (TEL: 096-354-3838) までお問い合わせください。

### 4. 所定の住所へ医師資格証を送付

発行申請書でご指定の送付先へ、本人限定受取郵便にて送付されます。

詳細は電子認証センターホームページ「医師資格証 (HPKIカード) 新規お申込み」をご覧ください。

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



# 医師資格証の申請について

## ■ 申請窓口（LRA [地域受付審査局]）

- 熊本市医師会事務局（熊本市中央区本荘3丁目3番3号/TEL：096-362-1221）
- 熊本県医師会事務局（熊本市中央区花畑町1-13/TEL：096-354-3838）

## ■ 申請手順

※熊本県においては「事前審査方式」を採用しており、日本医師会ホームページ掲載の「事後審査方式」とは異なります。

### 1. 必要書類のご準備

- 日本医師会 医師資格証 発行申請書（写真貼付）
  - ※写真は正面・無背景・6ヶ月以内に撮影されたもの。パスポートサイズ(35mm×45mm)
  - ※熊本県医師会ホームページ内にデータ(Excel・PDF)が掲載されております。  
[熊本県医師会TOP] > [医師資格証のご案内] > [ダウンロード]
  - ※日医様式と異なりますのでご注意ください（熊本県様式は送付先に自宅等を選択可能）
- 住民票（原本、発行後3ヶ月以内のもの）
- 医師免許証（原本） ※コピーの場合は《余白に実印押印》+《印鑑証明書》が必要です。
- 公的な写真付き身分証明書（原本） [運転免許証、パスポート、マイナンバーカード 等]
- \* 姓の変更等があれば、現姓・旧姓がわかる公的書類（戸籍謄(抄)本 等）をご提出ください。

### 2. LRA（地域受付審査局）への事前審査ご予約

- 熊本市医師会事務局（TEL：096-362-1221） または
- 熊本県医師会事務局（TEL：096-354-3838） へ事前審査ご予約の旨をご連絡ください。
- ※LRA審査担当者以外の職員ではお受け付けできないため、必ずご予約をお願いいたします。

### 3. 申請者本人によるLRA窓口への書類持参（対面確認）

- 1の必要書類をご持参のうえ、2でご予約されたLRA窓口へお越しください。
- ※本人確認があるため、代理の方ではお受け付けできません。
- \*病院の場合、自院職員をLRA担当者として登録することで、自院にて書類受付が可能です。  
詳細は熊本県医師会（TEL:096-354-3838）までお問い合わせください。

### 4. 所定の住所へ医師資格証を送付

発行申請書でご指定いただきました送付先へ、日本医師会電子認証センターから送付されます。  
本人限定受取郵便にて送付されますので、身分証明書をご提示の上、お受け取りください。

## ■ 費用（税込）

日本医師会 会員区分	発行手数料	年間利用料	更新手数料 (5年ごと)	紛失・破損等の事由 による再発行
会員	無料	無料	無料	5,500円
会員外	5,500円	無料	5,500円	5,500円

（一社）熊本市医師会 事務局  
〒860-0811 熊本市中央区本荘 3-3-3  
TEL：096-362-1221/FAX：096-366-3628

# 日本医師会 医師資格証 発行申請書(新規・更新)

\*印は記入必須項目です。

① 申請日	年 月 日	※更新の場合は、お手持ちの医師資格証のカードIDを必ずご記入ください。										
申請区分*	<input type="checkbox"/> A. 新規発行 <input type="checkbox"/> B. 更新発行	更新の場合は、カードIDを記入	カードID	JMA								

② 申請者登録情報 旧字、異字体などは、JIS2004文字に置き換えることがあります。

氏名(本名・現姓)* <small>フリガナをへボン式ローマ字に変換して資格証に記載します</small>	フリガナ*	セイ	メイ	通称名・旧姓の使用 使用の場合のみ <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 要⑥項の記載
	漢字*	姓	名	
生年月日*	明治 大正 昭和 平成 年 月 日	性別*	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	所属医師会名* (所属無しは「なし」と記入)
住所* <small>住民票に記載住所</small>	〒			(都道府県医師会名) (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*	<input type="checkbox"/> 日医会員(会員ID記入必須) ..... <input type="checkbox"/> 日医会員(申込み3ヶ月以内で会員ID不明の場合、記入不要) <input type="checkbox"/> 日医非会員(会員ID記入不要)			日医会員番号(会員ID)*
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*	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。

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*	<input type="checkbox"/> 法人組織 <input type="checkbox"/> 個人事業者 <input type="checkbox"/> 中央官庁/地方公共団体の組織 (該当ない時は、近いものを選択)
	種別*	<input type="checkbox"/> 診療所 <input type="checkbox"/> 有床診療所 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> その他

**写真貼付欄\***

正面、無背景、6ヶ月以内撮影のもの。証明書顔写真としての品質に不足する場合は、受付できないことがあります。

はがれないよう、しっかりと貼り付けしてください。

**パスポートサイズ  
35mm×45mm**

④ 連絡先 本申請書に関する連絡、医師資格証の使用期限切れの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*	<input type="checkbox"/> 住民票に記載住所(②と同じ) <input type="checkbox"/> 勤務先住所(③と同じ) <input type="checkbox"/> 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。

住民票記載住所(②)     勤務先住所(③)     その他の住所(④) に送ってください。

※ 本人限定受取郵便(特例型)での配達となります。受取場所は「最寄りの郵便局窓口」または「本人宛に配達」となります。

⑥ その他の事項(該当する方のみ記載ください。) 該当する方は、下のいずれかを  し、必要事項を記入してください。

医師資格証の券面に、	フリガナ	セイ	メイ
<input type="checkbox"/> 本名に加えて通称名の記載を希望する	通称名または旧姓名を記入	姓	名
<input type="checkbox"/> 現姓名に加えて旧姓の記載を希望する <small>(医師免許証に旧姓を使用している方)</small>			

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 記入例

記入例は、申請者(日医太郎)、住民票住所(東京都)、日本医師会会員、勤務先(茨城県)、日常の連絡先(横浜市)、医師資格証の受取住所(横浜市)の例で記載しています。

\*印の項目は記入必須項目ですので、もれなく記入してください。  
記入例は赤い文字で示していますが、黒い文字で記入してください。

- 新規の発行申請の方はA.「新規発行」に✓、更新発行の方はB.「更新発行」に✓してください。
- 「姓名」、「生年月日」、「性別」、「住民票の住所」を、住民票から転記してください。「姓名」欄はカード券面に印刷される氏名になります。(旧姓を印刷する方は旧姓を、通称名を印刷する方は通称名を記入) 記入間違い等は、消し線で修正してください。
- 「医籍登録番号」、「医籍登録年月日」を記入してください。
- 日医会員と非会員では年会費が異なりますので、日医会員の方は必ず会員IDを記入してください。  
・日医会員に✓した方は、必ず会員IDを記入してください。  
・日医会員に申込み済で、まだ会員IDの連絡が来ていない方は、「日医会員(申込み3ヶ月以内)」に✓してください。3ヶ月以内でも、会員IDをお持ちの方は、「日医会員」に✓して会員IDを記入してください。  
・非会員に✓した方は、会員IDを記入しないでください。  
※日医会員になって3ヶ月以内で会員IDをお持ちでない方は、認証局の会員ID確認に時間がかかるため、通常の発行より1か月くらい遅くなる場合があります。
- ICカードに格納された電子証明書を利用するための暗証番号です。第三者に知られないようご注意ください。生年月日、電話番号、連続する4桁などの数字は使用しないでください。
- 申請者の勤務先等を記入してください。複数の勤務先がある場合は、主要なものを1つ記入してください。医療機関コードは、必須ではありません。
- 医師資格証に記載される顔写真です。パスポート規格の写真にしてください。しっかりと糊付けしてください。カラー、モノクロのいずれでも結構です。
- 連絡先電話番号を記入してください。連絡先住所が、住民票住所、勤務先住所以外の方は、その住所を記入してください。メールアドレスをお持ちでない方を除いて、メールアドレスを記入してください。
- 医師資格証の送り先を指定✓してください。✓した場所に、申請者宛てに本人限定受取郵便(特例型)(※)で、医師資格証が届きます。  
(※)本人限定受取郵便(特例型)は、最寄りの郵便局から到着の連絡が届きます。宛先住所で受取るか、郵便局で受取るかのいずれかになります。いずれの場合も、受取人(本人)が身分証明書を提示する必要があります。10日以内の受け取りが必須です。  
■本人限定受取郵便(特例型)は、配達前の連絡で「最寄りの郵便局で受け取る」あるいは「配達を希望」を選択できます。勤務先あるいは自宅等の事情で受け取りが難しい場合は、「郵便局で受け取る」の選択をすると便利です。
- 申請者の氏名を自署してください。自署の訂正は受付できません。(旧姓を使う方であっても現姓を、通称名を使う方であっても本名を自署)

日本医師会 医師資格証 発行申請書		地域受付審査局名		
*印は記入必須項目です。		……県医師会		
① 申請日	2014 年 2 月 8 日	※更新の場合は、お手持ちの医師資格証のカードIDを必ずご記入ください。		
① 申請区分*	<input checked="" type="checkbox"/> A. 新規発行 <input type="checkbox"/> B. 更新発行	カードID	JMA 新規発行は記入不要	
② 申請者登録情報	氏名* フリガナ* セイ ニチイ メイ タロウ 漢字* 姓 日医 名 太郎			
② 生年月日*	明治 大正 昭和 平成 35 年 4 月 1 日	性別*	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
② 住所* 住民票記載住所	〒 112-0011 東京都 XXXX区XXX1丁目1番1号 XXビル XXX号			
③ 医籍登録番号*	第 記入必須 号	医籍登録年月日*	明治 大正 昭和 平成 50 年 10 月 30 日	
④ 日医会員ID*	<input checked="" type="checkbox"/> 日医会員(会員ID記入必須) <input type="checkbox"/> 日医会員(申込み3ヶ月以内で会員ID不明の場合、記入不要) <input type="checkbox"/> 日医非会員(会員ID記入不要)	日医会員番号(会員ID)* 1 2 3 4 5 6 7 8 9 9		
⑤ 医師資格証* 暗証番号	カードを利用する暗証番号です。 任意の数字4桁を記入ください。 暗証番号は、忘れないようご注意ください。	暗証番号* 記入必須		
③ 申請者勤務先	医療機関名* フリガナ ミトエヌエムピョウイン 名称 水戸NM病院		⑦ 写真貼付欄* 無背景、パスポート用写真と同じ規格 はがれないよう、しっかりと貼り付けしてください。 パスポートサイズ 35mm×45mm	
⑥ 医療機関住所*	〒 301-XXXX 茨城県XX市XXX町XXX番 (ビル名など) 水戸XXXセンター (所属・診療科など) 内科			
⑥ 医療機関情報*	医療機関コード	電話*		XXX-XXX-XXXX
	設立形態*	<input checked="" type="checkbox"/> 法人組織 <input type="checkbox"/> 個人事業者 <input type="checkbox"/> 中央官庁/地方公共団体の組織		
④ 連絡先	本申請書に関する連絡、電子証明書使用期限切れのお知らせ等の連絡先に ✓してください。			
⑧ 連絡先電話番号*	XXX-XXX-XXXX	連絡先FAX番号	XXX-XXX-XXXX	
⑧ 連絡先住所*	<input type="checkbox"/> 住民票記載住所(②と同じ) <input type="checkbox"/> 勤務先住所(③と同じ) <input checked="" type="checkbox"/> その他の住所を下記に記載			
⑧ その他の住所(右に記載)	〒 226-XXXX 横浜市XXX区XXXXX 1-2-3 (ビル名・所属・診療科など)			
⑧ メールアドレス	重要なお知らせ等で使用します。 nichitaro @ XXXXX.XXX.XX.XX			
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。			
⑨	<input type="checkbox"/> 住民票記載住所(②) <input type="checkbox"/> 勤務先住所(③) <input checked="" type="checkbox"/> その他の住所(④) に送ってください。			
※ 本人限定受取郵便(特例型)での配達となります。受取場所は「最寄りの郵便局窓口」または「ご本人宛に配達」となります。				
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。				
⑩ 申請者氏名*(自署)	日医太郎			