令和６年１月 16 日

日本医師会　電子認証センター

令和６年 能登半島地震に伴う JMAT に参加される先生方への
医師資格証の携帯依頼と優先発行について

平素より本会会務の運営に特段のご理解、ご支援を賜り厚く御礼申し上げます。

さて、JMAT（日本医師会災害医療チーム）に参加される先生が、医薬品や医療機器の受け渡し、避難所までの優先通行や給油など、被災地域の自治体の担当者等と対面した際に、医師であることを簡素に確認できるように、厚生労働省に医師資格証の周知依頼を実施いたしました。

つきましては、JMAT に参加される先生は、極力、医師資格証を携帯していただくようお願いいたします。まだ医師資格証をお持ちでない先生については、優先的に医師資格証を発行いたしますので、別添資料をご確認ください。
なお、すでに医師資格証の申請書類を郵送されている場合は、優先して発行いたしますので、日本医師会電子認証センターまでご連絡をお願いします。

また、日医非会員で JMAT に参加される医師については、医師資格証を無料で発行します。

■別添資料■
別添１　：医師資格証 発行申請書　（能登半島地震に伴う JMAT 参加者用）
別添２　：JMAT 参加者用　郵送前申請書類チェックリスト
別添３　：申請から受け取りまでの流れ

以上

【連絡先】
公益社団法人日本医師会　電子認証センター
電話：03-3942-7050

別添1

日本医師会 医師資格証 発行申請書(新規) (能登半島地震に伴うJMAT参加者用)

(医師資格証電子証明書サービス)

*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。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。「ō」などの長音記号や「-」ハイフンは使用できません。

② 申請者登録情報

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*	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*	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) 不明の場合は記入不要 □ 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、忘れないようご留意ください。 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

・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。

③ 申請者勤務先

勤務先がない場合は、「なし」と記入下さい。

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 □ 個人 □ 中央官庁/地方公共団体/その他 (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	お持ちの方は、記入してください	@	

※ 医師資格証は、住民票住所に【本人限定受取郵便(特例型)】でお送りします

1. 郵便局から本人限定受取郵便(特例型)の到着通知書が届きます。
2. 到着通知書には受け取り場所についての案内が記載されています。本人限定郵便は「勤務先の住所」や「郵便局窓口」等の受取り場所を指定できます。
   ※本人限定受取郵便(特例型)の、郵便局での保管期限は10日間です。
   ※受取り時には、運転免許証・マイナンバーカードなど、本人確認書類が必要です。※同居のご家族を含め、ご本人以外は郵便物を受取りいただけません。

⑤ 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。「ō」「-」などの記号は使用できません。

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	ローマ字	Sei		Mei	
		フリガナ	セイ		メイ	
		通称名または旧姓名	姓		名	

私は以下の内容を確認し、医師資格証およびセカンド電子証明書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『医師資格証電子証明書サービス利用規約』に同意します。
・この情報は、日本医師会個人情報保護方針に則り取り扱います。
・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。

ICカードの部材不足が発生した場合等は、セカンド電子証明書を先に発行し、遅れて医師資格証を発行することがあります。詳細はホームページでご案内します。

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)

別添2

【JMAT参加者用　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

JMAT　担当者　行

医師資格証申請書在中

別添 3

■申請から受け取りまでの流れ■

1. 別添の【ＪＭＡＴ参加者用　郵送前申請書類チェックリスト】をご参照いただき、申請書類一式を日本医師会電子認証センターに郵送してください。
   ※封筒表面に必ず「JMAT」の文字をご記入ください。

2. 医師資格証ならびにセカンド電子証明書を発行後、申請書に記載の住民票住所に本人限定受取郵便(特例型)で郵送します。

3. 郵便局員より対面で、医師資格証のお受け取りをお願いいたします。

■本人限定受取郵便(特例型)の受け取り方法■

1. 郵便局から本人限定受取郵便(特例型)の到着通知書が届きます。

2. 到着通知書には受け取り場所についての案内が記載されていますので、記載されている連絡先へご連絡いただき、医師資格証のお受け取りをお願いいたします。

※本人限定郵便(特例型)は「勤務先の住所」や「郵便局窓口」等の受取り場所を指定できます。
※本人限定受取郵便(特例型)の、郵便局での保管期限は 10 日間です。
※受取り時には、運転免許証・マイナンバーカードなど、本人確認書類が必要です。
※同居のご家族を含め、ご本人以外は郵便物を受取りいただけません。