

日医発第 1317 号（情シ）

令和 7 年 12 月 2 日

都道府県医師会 担当理事 殿

日本医師会 常任理事

佐原 博之

（公印省略）

### 医師資格証（IC カード）の優先発行と申請書の改訂について

平素より本会会務の運営に格別のご理解とご支援を賜り、厚く御礼申し上げます。

医師資格証の発行にあたり以下の通りご案内いたしますので、貴会におかれましても、本件についてご了知いただくと共に、貴会管下の郡市区等医師会ならびに会員への周知方につき、ご高配を賜りますようお願い申し上げます。

### 記

#### （１）医師資格証（IC カード）の優先発行について

全世界的な IC チップの不足のため、令和 6 年 4 月よりスマートフォン等で使用可能な HPKI セカンド電子証明書（以下「セカンド電子証明書」）の先行発行を行ってまいりました。

今般、予定していた IC チップが納品されたため、セカンド電子証明書の先行発行対象者へ医師資格証（IC カード）の発行を開始いたしました。お待ち頂いている先生方全員へ医師資格証を順次送付いたしますが、すべての方々に行き渡るまで少々時間が掛かる見込みです。誠に申し訳ございませんが、もうしばらくお待ちくださるようお願い申し上げます。

また、当面の間は、これから医師資格証の申請をされる方には、引き続きセカンド電子証明書の先行発行を行い、準備が整い次第、医師資格証を送付いたします。

現在、電子処方箋に関連して、IC カードが必要とされる方からのお問い合わせを多数いただいております。そこで、電子処方箋システムを導入済みにも関わらず医師資格証が届かないことで電子処方箋の運用を開始できない方につきましては、優先的に医師資格証を発行することといたしましたので、以下のご案内をいたします。

① 既に医師資格証をご申請されている方

厚生労働省の医療機関等向けポータルサイト「電子処方箋管理サービス ([https://iryohokenjyoho.service-now.com/csm?id=ep\\_top](https://iryohokenjyoho.service-now.com/csm?id=ep_top))」にて「利用申請」を行った上、下記の優先発行申請フォームより、お手続きをお願いいたします。

申請内容について厚生労働省医薬局、社会保険診療報酬支払基金等へ確認の後、発行いたします。

【優先発行申請フォーム】

<https://form.jmaca.med.or.jp/usrjmaca/01/wrd/>

② これから医師資格証を申請される方

医師資格証発行申請書（紙申請書）の様式を改訂し、I Cカード優先発行希望欄を新設しました。新様式申請書にある「IC カード優先発行希望」にチェックを入れて申請をしてください。

また、マイナポータルサイト経由など紙申請以外の方法で申請を検討している場合は、「IC カード優先発行希望」欄がありません。紙申請以外の方法で申請する場合で医師資格証の優先発行を希望される方は『①既に医師資格証をご申請されている方』をご覧ください。

(2) 旧字・異体字対応に関する様式変更

これまで、コンピューター上で入力できない旧字・異体字（いわゆる外字）の氏名や、常用漢字に自動変換されてしまう氏名については、自動的に券面へ外字を印字することができず、後日改めて対応せざるを得ませんでした。このたび、外字での氏名印字をご希望の先生方にも対応できるよう、医師資格証発行申請書（紙申請書）の様式を改訂いたしましたのでご案内いたします。

つきましては、旧字・異体字での印字をご希望の方は、お手数ですが新様式の申請書（資料1）の「旧字・異体字使用希望欄」にチェックを入れ、ご希望の字体を明記のうえ、郵送にてご申請ください。

なお、電子申請では旧字・異体字の申請はできませんのでご注意ください。

外字を使用されない場合も、紙申請は従来どおり可能ですが、様式の統一のため、今後は新様式での申請をお願いいたします。

(※) 旧様式での申請も受理はいたしますが、その場合は外字対応ができない場合があります。

また、外国名の場合、電子申請では氏名がカタカナ登録となることがあります。英字表記での医師資格証発行をご希望の場合は、外字と同様に新様式の申請書をご利用のうえ、郵送にてご申請ください。

新様式の申請書は、電子認証センターのホームページよりダウンロードいただ

けます。

《電子認証センターホームページ》

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

【マイナンバーカードの I C チップに格納されている漢字の例】

| 旧字・異体字 |   | 常用漢字  |
|--------|---|-------|
| 齊や齋など  | → | 齊や斎など |
| 邊や邊など  | → | 辺     |
| 高      | → | 高     |
| 澤      | → | 沢     |

【本件に関する連絡先】

公益社団法人日本医師会 電子認証センター

電 話：03-3942-7050

E-mail：[toiawase@jmaca.med.or.jp](mailto:toiawase@jmaca.med.or.jp)

以上

## 資料 1

日本医師会  
新規発行

## 医師資格証 新規発行申請書

申請日

年

月

日

■「\*」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。

- ローマ字は希望がある場合のみ記入してください。記入がない場合はヘボン式で表記します。 ■ローマ字氏名は「日医 太郎」の場合、「NICHII Taro」と表記されます。
- 漢字記入欄のマス目が足りない場合は、マス目を無視して記入してください。

## ① 申請者情報

|                                          |                                                                                                                                                                                     |                                                             |                                                                                           |
|------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|
| 氏名*                                      | ローマ字<br>フリガナ*                                                                                                                                                                       | SEI<br>セイ                                                   | Mei<br>メイ                                                                                 |
| 現姓・本名<br>で記入                             | 漢字*<br>(左詰め)                                                                                                                                                                        | 姓                                                           | 名                                                                                         |
| 旧字・異体字使用希望                               | <input type="checkbox"/> 旧字・異体字を使用希望                                                                                                                                                | ■住民票に記載の旧字・異体字を使用して発行を希望する場合は「旧字・異体字を使用希望」に✓を入れてください。       |                                                                                           |
| 性別*                                      | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女                                                                                                                               | 生年月日*                                                       | <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 |
| 住民票<br>住所*                               | 〒                                                                                                                                                                                   |                                                             |                                                                                           |
| 医籍登録<br>番号*                              | 第 号                                                                                                                                                                                 | 医籍登録<br>年月日*                                                | <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 |
| 日本医師会<br>会員加入<br>状況*                     | <input type="checkbox"/> 1.日本医師会 会員<br><input type="checkbox"/> 2.加入申込から3か月以内の日本医師会 会員<br><input type="checkbox"/> 3.日本医師会 非会員<br><input type="checkbox"/> 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<br>不明の場合は記入不要                                                                  |
| 医師資格証<br>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。<br>■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。<br>■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*                                                                                     |
| 勤務先医療<br>機関名*                            |                                                                                                                                                                                     | フリガナ*<br>名称*<br>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<br>住所*                              |                                                                                                                                                                                     | 〒<br>建物名等 所属・診療科等                                           |                                                                                           |
| 医療機関<br>情報*                              |                                                                                                                                                                                     | 医療機関<br>コード                                                 | 電話<br>番号*                                                                                 |
| 設立<br>形態*                                |                                                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> 法人 <input type="checkbox"/> 個人     | 種別*                                                                                       |
| <input type="checkbox"/> 中央官庁/地方公共団体/その他 |                                                                                                                                                                                     | <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                                  |

## ② 勤務先情報

|              |                       |                                                                                                                  |
|--------------|-----------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 連絡先<br>電話番号* | 連絡先<br>住所*            | <input type="checkbox"/> 住民票住所 <input type="checkbox"/> 勤務先住所<br><input type="checkbox"/> その他の住所(以下の「その他住所」欄に記入) |
| その他<br>住所    | 〒<br>建物名・所属・診療科等      |                                                                                                                  |
| メール<br>アドレス* | ※メールアドレスが無い場合はなしと記入 @ |                                                                                                                  |

## ③ 連絡先情報

|                |                                          |                                                                                                                                                                                                            |                                          |                                                    |
|----------------|------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| 希望の<br>受取場所*   | <input type="checkbox"/> 地域の医師会<br>で対面受取 | 都道府県名 医師会名                                                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> 日本医師会館<br>で対面受取 | 〒113-8621 東京都文京区本駒込2-28-16<br>公益社団法人 日本医師会電子認証センター |
| ICカードの<br>優先発行 | <input type="checkbox"/> ICカード<br>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みであり、かつ電子処方箋の発行に当たり必ず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。 |                                          |                                                    |

## ④ 発行・受取

■希望の医師資格証受取場所について以下のいずれかに✓をつけてください。地域の医師会で受取を希望の場合は都道府県名と医師会名を記入してください。

■ICカードの発行状況や審査の結果によっては、医師会での受渡しに代わり、③の連絡先住所へ『本人限定受取郵便(特例型)』で郵送する場合があります。

## ⑤ その他事項

■現姓・本名に加えて旧姓または通称名の併記を希望する場合のみ、本項目に記入してください。(旧姓または通称名のみでの発行はできません。)

|                          |                                       |                                                     |                                        |                           |
|--------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------------------------|----------------------------------------|---------------------------|
| 旧姓/通称名の併記希望<br>(希望者のみ記入) | <input type="checkbox"/> 旧姓の<br>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。<br>(提出書類の詳細は送付書類チェックリストを参照) | <input type="checkbox"/> 通称名の<br>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<br>通称名             | ローマ字<br>フリガナ*                         | SEI<br>セイ                                           | Mei<br>メイ                              |                           |
|                          | 漢字*<br>(左詰め)                          | 姓                                                   | 名                                      |                           |

## ⑥ 同意事項

私は『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\*

現姓・本名を  
楷書で記入

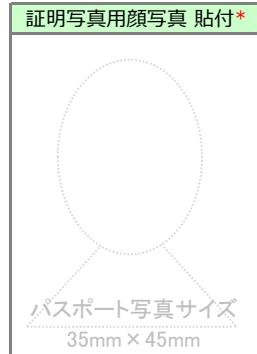
※申請者氏名自署欄は、取り消し線や訂正印は認められません。

【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](https://www.jmaca.med.or.jp/guide/data/riyousya_kiyaku.pdf)

Ver.6.00

REG-RAI-014

■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。■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。