

記入例

医師資格証発行申請書(再発行)の記入例 (医師資格証電子証明書サービス)

再発行申請とは、お手許の医師資格証の「紛失」、「破損」、「姓名変更」、「日医会員/非会員変更」、「有効期限が切れ」により、申請をするものです。
(有効期限が近づいて「医師資格証の有効期限を迎える方へ更新のお知らせ」が到着した方は、更新発行の手続きをしてください。)

日本医師会 医師資格証 発行申請書(再発行)
(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 2024 年 2 月 11 日

申請区分* ☐ C. 紛失 ☒ E. 姓名変更 ☐ G. 期限切れ再発行
(再発行事由) ☐ D. 破損 ☐ F. 日医会員/非会員変更

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。ローマ字表記は特に希望がある場合のみご記入ください。
記入がない場合へボン式にて表記します。「o」などの長音記号や「-」ハイフンは使用できません。

氏名 (本名・現姓)*
ローマ字 SEI フリガナ セイ ニチイ メイ タロウ
漢字* 姓 日医 名 太郎

③ 生年月日* 大正 昭和 平成 30 年 1 月 1 日 性別* ☒ 男 ☐ 女

④ 住所* 〒 113-8621 東京都文京区本駒込X-XX-XX

⑤ 医籍登録番号* 第 123456 号 医籍登録年月日* 昭和 平成 令和 60 年 10 月 10 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) 不明の場合は記入不要

⑥ 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* 2 1 5 6

⑦ 写真貼付欄* 期限切れ再発行は、写真貼付け必須です。それ以外は、写真変更する場合のみ貼付けします。貼付けがない場合は、旧写真を使用します。パスポート写真サイズ 35mm x 45mm

⑧ 申請者勤務先 法人名がある場合は、法人名も記入してください。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 ニチイイン 名称 (法人名) (医療機関名) 日医医院

医療機関住所* 〒 112-0011 東京都文京区千石XX-XX-X (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 1 2 3 4 5 6 7 電話* 03-XXXX-XXXX

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

⑨ 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(⑧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。 toiawase @ jmaca.med.or.jp

⑩ 医師資格証の送付先 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「本人限定受取郵便物(到着のお知らせ)」が届きます。
2. 「到着のお知らせ」には受取希望場所についての案内が記載されています。「住民票住所」、「勤務先住所」、「郵便局窓口」等の希望する受取場所を指定できます。
※本人限定受取郵便(特例型)の、郵便局での保管期間は10日間です。
※受取時には、運転免許証・マイナンバーカードなどの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。

⑪ 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。
ローマ字表記は特に希望がある場合のみご記入ください。記入がない場合へボン式にて表記します。「o」「j」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 ☐ 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 フリガナ セイ 通称名または旧姓 姓

⑫ 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人名になります。

⑬ 申請者氏名(自署)(本名・現姓) 日医太郎

ICカードの部材不足が発生した場合は、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。

- 申請日は、西暦でも和暦でもOKです。再発行の申請事由を して ください。記入例は、姓名変更の場合です。
- 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。医師資格証カードには、左記の氏名ローマ字は、NICHII Taro と印刷されます。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。(姓名を表さないものの、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。不明な場合は未記入で結構です。
- 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。顔写真は、有効期限切れ再発行の場合は貼付け必須です。それ以外は、写真変更がある場合のみ貼付け願います。貼付けがない場合は、旧写真を使用します。
- 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、連絡に使用します。できるだけ記入してください。
- 「本人限定受取郵便物(到着のお知らせ)」を見て、受取り希望場所を選択してください。申請者ご自身が身分証を提示して受け取ります。※本人限定郵便受取郵便(特例型)の受取りには、本人確認書類(身分証明書)の提示が求められます。