

医師資格証の 発行審査について

2014年6月25日

日本医師会電子認証センター 事業企画部門長

利渉 義昭

医師資格証

日本医師会（電子認証センター）が発行するICカードの券面を「医師資格証」としました。



(表)

医師資格証の有効期限は
発行日より6年間有効



(裏)

ICチップ内の電子証明書の有効期限は
発行日より2年間有効

審査とは

医師資格証発行を希望する方の

「申請書類」と

「本人との対面」で

申請者の本人確認と

医師であることを確認すること

申請書類とは

1. 医師資格証発行申請書
2. 医師免許証原本（コピー不可）
3. 身分証（コピー不可）
4. 住民票の写し

いずれかの書類に旧姓が記載されている方は、
旧姓がわかる公的書類もあわせて提出してください

5. （例）戸籍謄（抄）本
※全部（個人）事項証明書

~~※認印~~（申請書類の訂正が必要な場合に備えて持参してもらう）

※発行申請書の自署（サイン）だけで受付可能としました

1. 医師資格証発行申請書

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。		
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	カードID JMA
② 申請者登録情報		
氏名*	フリガナ* セイ	メイ
	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	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
住所*	住民票記載住所	
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、忘れないようご留意ください。	暗証番号*
③ 申請者勤務先		
医療機関名*	フリガナ 名称	写真貼付欄*
医療機関住所*	〒 (ビル名など) (所属・診療科など)	写真裏面に申請者氏名と医籍登録番号を記入してください。 はがれないよう、しっかりと貼り付けてください。 パスポートサイズ 35mm×45mm
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 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	
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、 <input checked="" type="checkbox"/> してください。	
連絡先電話番号*	連絡先FAX番号	
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 type="checkbox"/> その他の住所を下記に記載 〒 (ビル名・所属・診療科など)	
その他の住所(右に記載)	〒	
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 <input checked="" type="checkbox"/> してください。		
<input type="checkbox"/> 住民票記載住所(②) <input type="checkbox"/> 勤務先住所(③) <input 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「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。		
申請者氏名*		
(自署)		
C-RRAI-GA01-003		
LRA受付番号	認証局使用欄	LRA確認印又はサイン RA確認印又はサイン
L L 団体番号 Y Y M M D D 当日の連番		

LRAにてLRA名を記載する

LRAにてLRA受付番号を記載する
(発行審査書より転記)

2. 医師免許証原本（コピー不可）



透かしと裏書の有無を確認する

3. 身分証 (コピー不可)



官公庁職員身分証明書
(張替防止措置済み・写真付)

- a) 日本国旅券(有効期間内のもの)
- b) 運転免許証(有効期間内のもの)
- c) 住民基本台帳カード 写真付き(有効期間内のもの)
- d) 官公庁職員身分証明書(張替防止措置済み・写真付)

4. 住民票の写し

発行日から3ヶ月以内のもの

住 民 票						1 / 1
氏 名	生年月日	性別	続 柄	世帯主名	住民となった年月日	
八王子 太郎	昭和51年1月1日	男	世帯主	八王子 太郎	平成20年12月12日	
				住民票コード	省略	
住 所	元本郷町3丁目24番1号			平成20年12月12日 転入 平成20年12月12日 届出		
本 籍	東京都八王子市元本郷町3丁目24番			筆頭者	八王子 太郎	
前住所	東京都たかお市見本データ町1番地					
備 考						

この写しは、住民票の原本と相違ないことを証明する。

平成24年1月4日
市民課

八王子市長 八王子 八子

公印

※特別永住者は本名と通名が記載されている。通名を券面に印刷したい希望者はこの住民票の写しが唯一確認できる公的書類です

審査する組織について

審査する組織について

最終的な審査 (RA)

- ◆ 日本医師会受付審査局 (日本医師会電子認証センター)

受付・事前審査・本審査 (LRA)

- ◆ 都道府県医師会地域受付審査局
- ◆ 日本医師会地域受付審査局 (日本医師会電子認証センター)

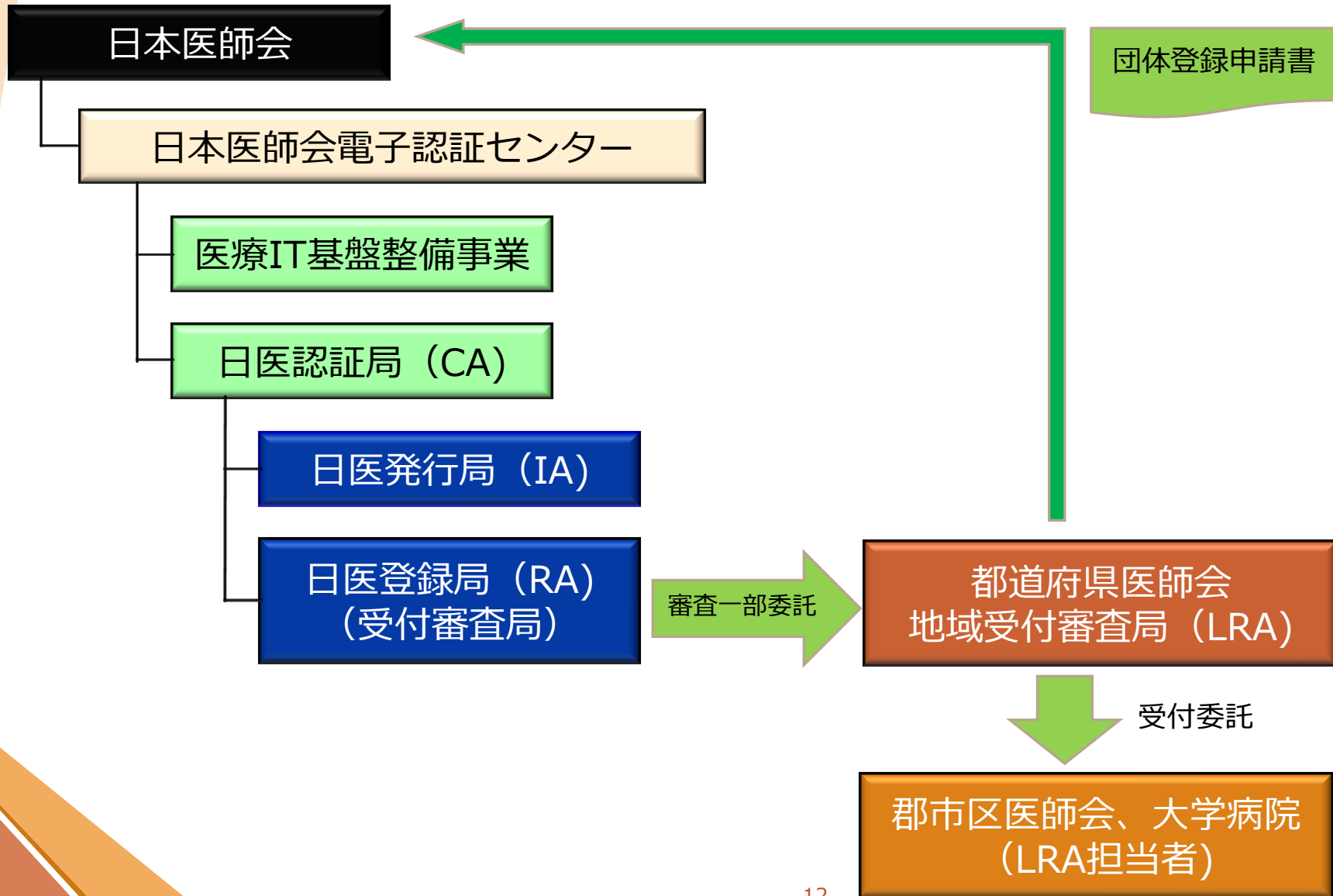
受付・事前審査 (LRA担当者)

- ◆ 地域受付審査局から任命された郡市区医師会、大学病院

RA : 受付審査局 (Registration Authority)

LRA : 地域受付審査局 (Local Reception Authority)

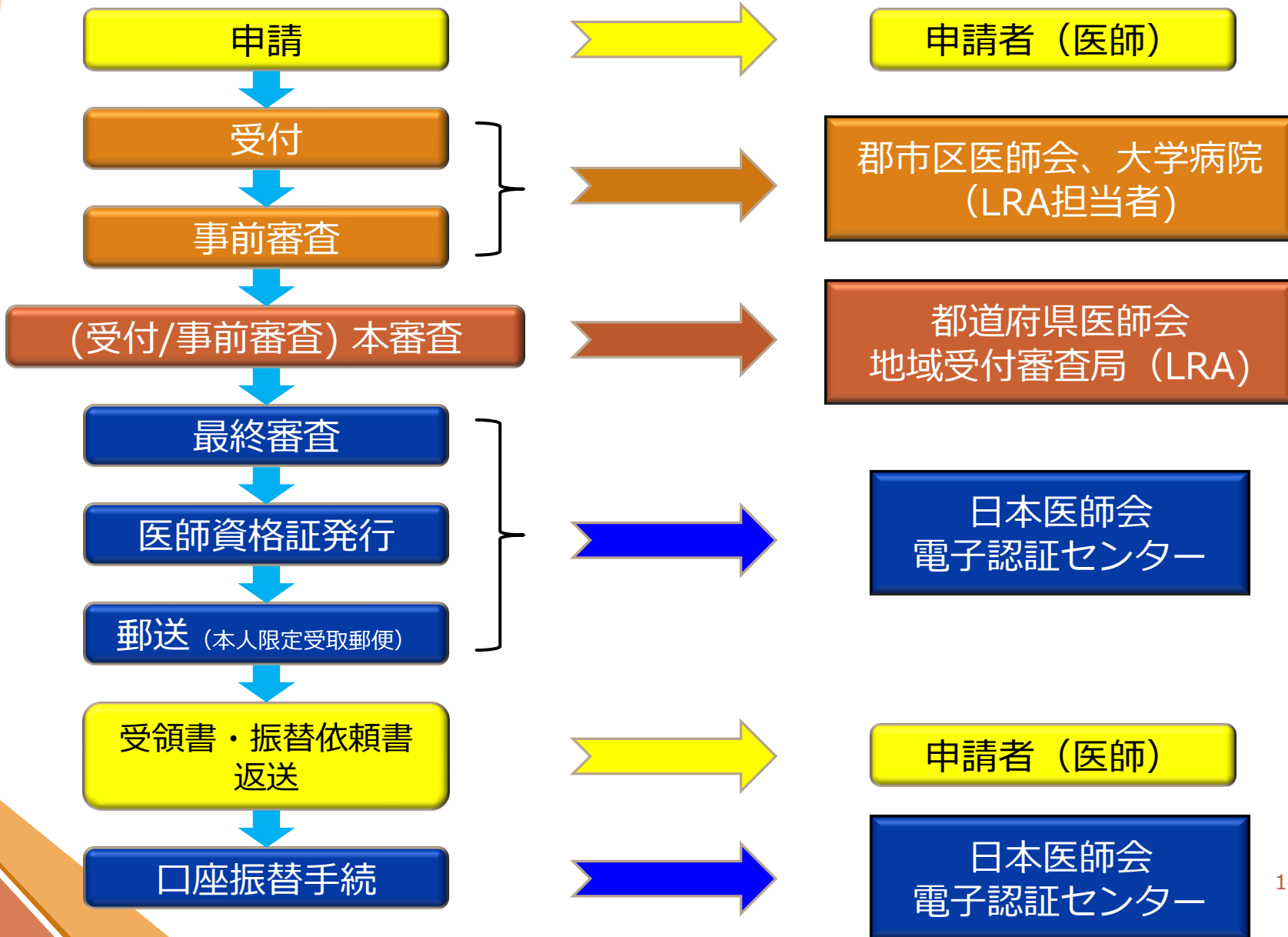
審査する組織について



審査の方法

全体の流れ

【実施する人/組織】





受付前準備

- ①受付日に来る申請者名、人数を事前に把握し調整を行う

受付実施方法

- ①都道府県医師会LRAに申請者本人が申請書類を持参して受付を行う
- ②郡市区医師会/大学病院のLRA担当者に申請者本人が申請書類を持参して受付を行う
- ③LRA担当者が外部に出向いて申請者本人から受付を行う (コピー機使用を確認)

受付実施内容

- ①申請書類の受け取り
- ②姓名の確認 (申請者、申請書類)
- ③顔写真と申請者を見て本人であることを確認
- ④申請手続き説明
- (⑤旧姓使用を希望するか確認)

事前審査①

事前審査確認書(新規申請)

※LRA担当者は記載必須、LRA担当者(本審査担当)は必須としない。

備考: 確認(✓)必須事項 選択確認(✓)事項

提出/確認書類

	発行申請書	住民票	身分証明書	医師免許証
	<input type="checkbox"/> 所定様式である	<input type="checkbox"/> 原本で疑義がない	<input type="checkbox"/> 原本で疑義がない	<input type="checkbox"/> 原本である
	<input type="checkbox"/> 氏名の自署あり	<input type="checkbox"/> 発行から3か月以内	<input type="checkbox"/> 有効期限内	<input type="checkbox"/> 外形に問題がない
			<input type="checkbox"/> 顔写真で本人確認	<input type="checkbox"/> 透かしの問題がない
確認した身分証			<input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 住民基本台帳カード(写真付) <input type="checkbox"/> 官公庁発行身分証明書(写真付)	<input type="checkbox"/> 医師免許証裏面に記載あり。 ※裏面に記載ある場合は、裏面のコピーも取得
コピーの取得			<input type="checkbox"/> 取得した	<input type="checkbox"/> 取得した

コピーは全てA4用紙に出力願います

申請者が持参した書類に不備がないか
チェックリストを用いて確認します

重要!

透かしの確認
裏書のコピー

事前審査②

医師資格証発行申請書(新規申請)				
	発行申請書	住民票	身分証明書	医師免許証
①申請区分	<input type="checkbox"/> 新規に記載あり			
②申請者登録情報	姓名(フリガナ)	<input type="checkbox"/> 記載あり		
	姓名(漢字)	<input type="checkbox"/> 記載あり	<input type="checkbox"/> 発行申請書と一致 <input type="checkbox"/> 不一致を、原姓・旧姓を確認できるもので確認 <input type="checkbox"/> 通称名を使用	<input type="checkbox"/> 発行申請書と一致 <input type="checkbox"/> 不一致を、住民票と医師免許証で確認 <input type="checkbox"/> 不一致を、現姓・旧姓を確認できるもので確認
	生年月日	<input type="checkbox"/> 記載あり	<input type="checkbox"/> 発行申請書と一致	身分証により「生年月日」、「性別」、「住所」表記の有無に差異がある。審査に疑義が生じた場合、必要に応じて確認する。
	性別	<input type="checkbox"/> 記載あり	<input type="checkbox"/> 発行申請書と一致	
	住所	<input type="checkbox"/> 記載あり	<input type="checkbox"/> 発行申請書と一致	
	医籍登録番号	<input type="checkbox"/> 記載あり		
	医籍登録年月日	<input type="checkbox"/> 記載あり		
	日医会員区分記載	<input type="checkbox"/> 記載あり		
	日医会員ID	<input type="checkbox"/> 記載あり		
	暗証番号	<input type="checkbox"/> 記載あり		
顔写真	<input type="checkbox"/> 申請者本人である		<input type="checkbox"/> 申請者本人である	<input type="checkbox"/> 発行申請書と一致 <input type="checkbox"/> 発行申請書と一致
③申請者勤務先	医療機関名	<input type="checkbox"/> 名称記載あり <input type="checkbox"/> 住所記載あり		現姓・旧姓を確認できるもの。戸籍謄(抄)本等 <input type="checkbox"/> 原本で疑義がない <input type="checkbox"/> 発行から3か月以内 <input type="checkbox"/> 旧姓を使用
	医療機関情報	<input type="checkbox"/> 電話番号記載あり		
		<input type="checkbox"/> 設立形態記載あり		
		<input type="checkbox"/> 種別記載あり		
④連絡先情報	<input type="checkbox"/> 電話番号記載あり	<input type="checkbox"/> 住所選択あり	<input type="checkbox"/> その他住所記載あり	
⑤医師資格証の送り先	<input type="checkbox"/> 指定あり			
以下のいずれかに✓ <input type="checkbox"/> すべての項目の確認完了				
申請者氏名 (LRA担当者)				
(メモ欄)				

本人限定受取郵便(特例型)のため
医師資格証の送り先と運転免許証の
住所が一致する事が望ましい

事前審査完了



ありがとうございました。
受付と事前審査完了です。
**発行申請書は紛失しない
よう保管をお願いします。**



あとはよろしく。
それじゃ帰ります。



(カラーコピー)

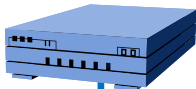


(返却書類)

郡市区医師会、出向き先での審査は、この**事前審査まで**実施して完了。
申請書類は都道府県医師会へ**郵送（書留）**又は**持参**して本審査となります。

本審査

LRA本審査室



審査中のみ関係者以外入室禁止

VPN接続
インターネット
(日医が提供)

日医電子認証センター

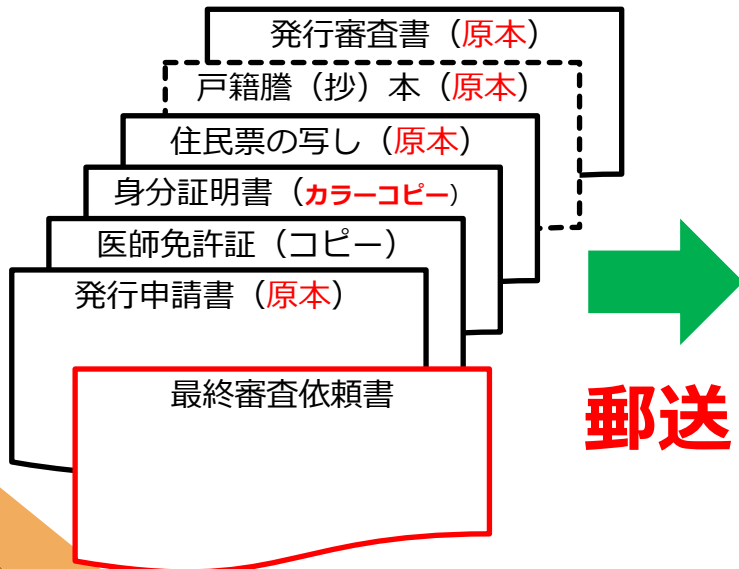
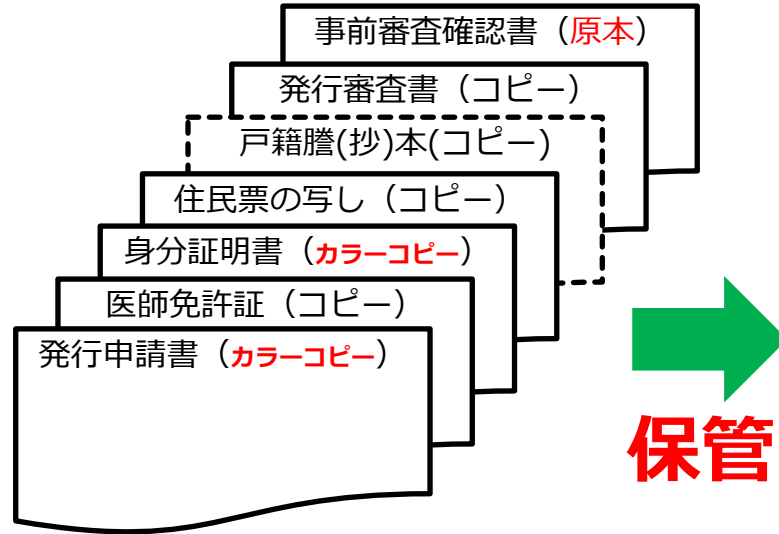
本審査

日医電子認証センターが提供する「医師資格証発行管理システム」を用いて事前審査済みの発行申請書の入力を行います

審査環境

- ①施錠できる部屋（審査時のみ・他業務と共用可能）
- ②施錠できるキャビネット（本審査室外設置可能）
- ③パソコン、プリンター（条件を満たせば共用可能）
- ④インターネット環境
- ⑤担当者個別のID/パスワード

本審査終了後



コピーは全てA4用紙、クリップ止め (ホチキス止め不可)
ひとりずつクリアファイルに入れて保管/郵送

日本医師会電子認証センター

郵送 (書留郵便、簡易書留、書留小包)

※最終審査依頼書：申請件数を記載し、最終審査を日医電子認証センターに依頼する書類

参考資料

団体登録申請書

日本医師会 医師資格証 地域受付審査局 団体登録申請書

(発)登録申請団体 → (宛)日本医師会

医師資格証の発行審査に関わる地域受付審査局の登録を申請します。
 なお、申請にあたって「日本医師会認証局運用規程」、「医師資格証利用規約」及び「地域受付審査局事務取扱要領」を遵守するものとします。

***必須項目**

① 団体情報 登録する団体情報を記載して下さい。

団体名*		団体印欄*	
住所*	〒 都道 府県		
代表者名*			

② 地域受付局(LRA) 責任者および担当者情報 (各1名以上)

LRA責任者*	氏名漢字		パスワード (英数のみ8桁)						
	電話番号	-	FAX番号	-	-				
	メールアドレス								
LRA担当者1* (本審査担当)	氏名漢字		パスワード (英数のみ8桁)						
	電話番号	-	FAX番号	-	-				
	メールアドレス								
LRA担当者2 (本審査担当) LRA担当者以上の 場合は、別紙に 記載	氏名漢字		パスワード (英数のみ8桁)						
	電話番号	-	FAX番号	-	-				
	メールアドレス								

(発)日本医師会 → (宛)登録申請団体

医師資格証の発行審査に関わる地域受付局として、貴団体を登録したので以下のとおり貴「団体登録番号」を連絡します。

◆ 電子認証センター使用欄

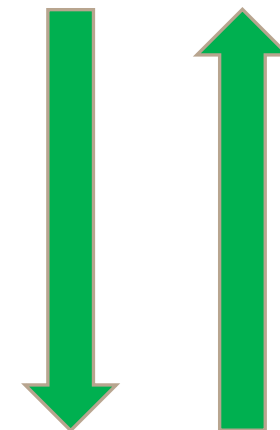
受付日		日本医師会押印欄
------------	--	-----------------

団体登録番号は **となります。**

日本医師会電子認証センターに送付していただく「最終審査依頼書」には、必ず上記団体登録番号を記載してください。
 団体登録番号がないものにつきましては、団体経由の申請とみなしますのでご注意ください。
 日本医師会電子認証センターに送付していただいた申請関係書類に対して、不備等ある場合は全てLRA担当者(本審査担当)に連絡させていただきます。
 団体情報やLRA責任者もしくはLRA担当者(本審査担当)情報に変更がある場合は日本医師会電子認証センターにご連絡ください。

C-OCMN-GA01-002

都道府県医師会



日本医師会

LRA担当者任命届

平成 年 月 日

(宛) 都道府県医師会 会長殿

(発) 団体名 郡市区医師会

会長名 _____ 印

住所 _____

医師資格証の発行に関わる地域受付審査局担当者について

地域受付審査局に関し、当方の担当地域に関わる医師からの申請受付業務を行う担当者を任命したので届出します。

No	所属 (課)	氏名	電話	FAX
1				
2				
3				
4				
5				

郡市区医師会



都道府県医師会

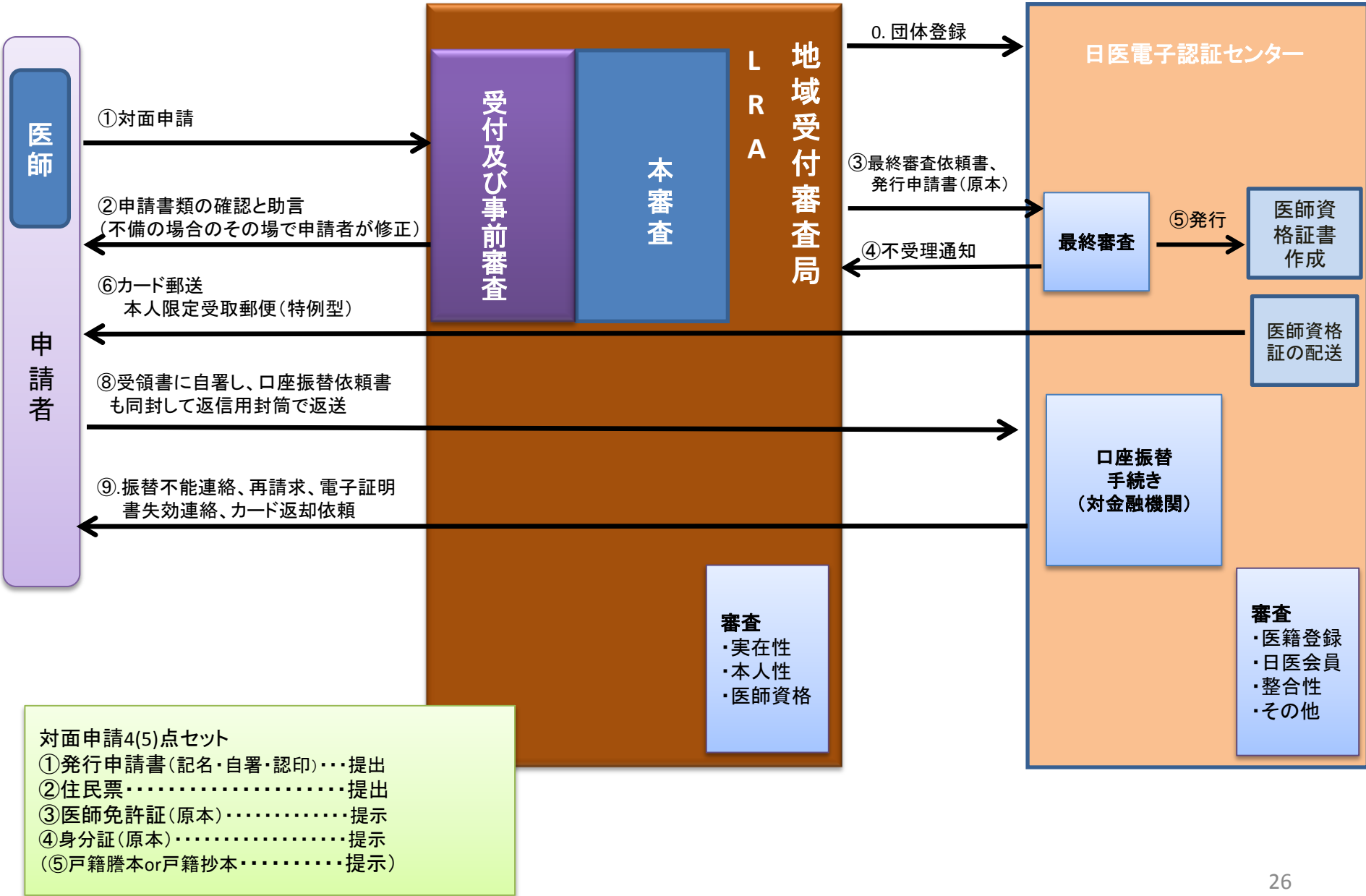
LRA設置の基本要件

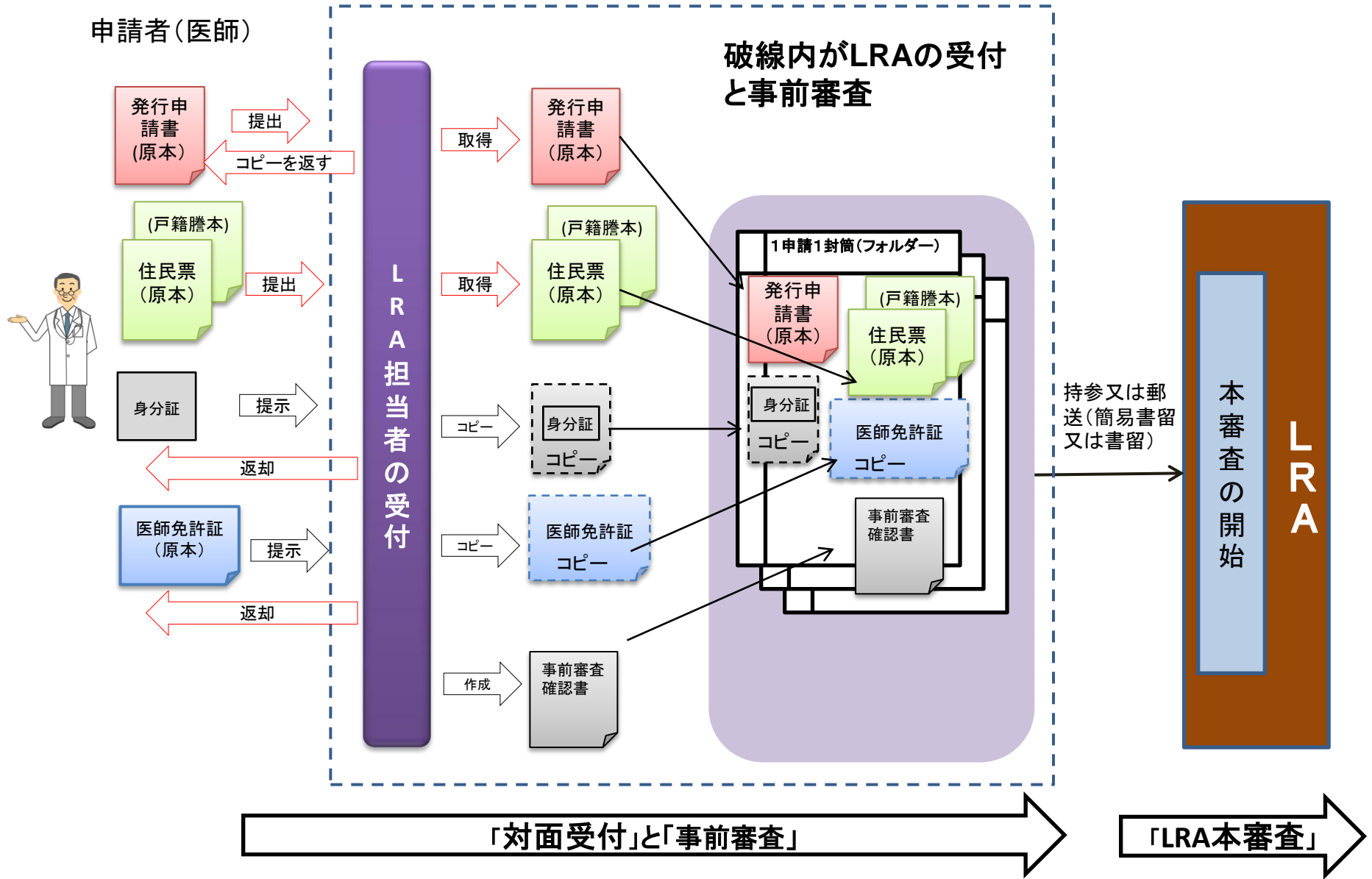
要件項目	要件	補足
(1) LRA 登録要件	日本医師会から、「団体登録申請書」で登録団体番号が通知されていること	
(2) 業務要件	事務取扱要領【医師資格証発行審査編】に準拠すること	
(3) 設備・入退室管理要件	事務取扱要領【入退室管理編】に準拠すること	
(4) 組織・人員	LRA責任者、LRA担当者を各1名以上配置できること	LRA担当者を都道府県医師会組織外に求める場合、当該外部組織から業務の委任を受けた者であること、及び、LRA責任者がLRA担当者管理台帳でLRA担当者の登録管理を行うこと
(5) 受付・事前審査の実施場所	規定しない。 ただし、事前審査の内の不受理処理業務は、LRA内の受付審査事務室内に限る	受付、事前審査を行う場所の規定はない（制限なし） ただし、事前審査の一部及び本審査を行う場所は、LRA事務所内の受付審査事務室内に限る
(6) 本審査の実施場所	LRA内の認証事務室内に限る	本審査の実施は、認証事務室内に限る

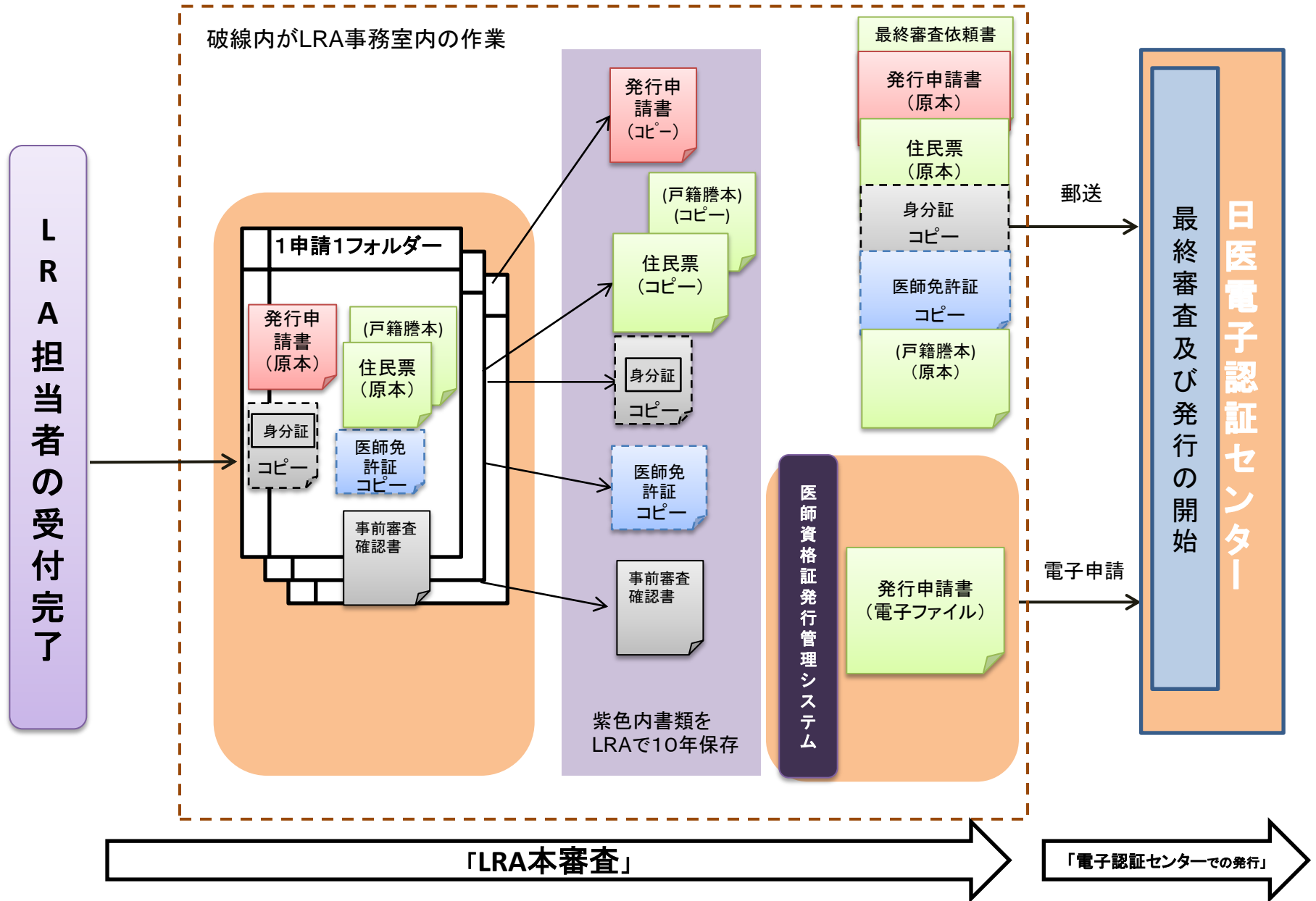
LRA責任者、LRA担当者の任命等

項目	任命	補足
(1) 受付審査業務責任者 (LRA責任者)	LRA担当者を管理する受付審査業務の責任者。LRAを運営する組織の長から、LRA責任者として任命を受けた者 (1名)	都道府県医師会長から任命を受けた者 LRA担当者とLRA責任者の併任は認められない
(2) 受付審査業務担当者 (LRA担当者)	LRAの受付審査業務の実務者 LRA担当者が所属する組織の長又はLRA責任者から任命を受けた者 (1名以上)	LRA担当者が都道府県医師会に所属する者でない場合、自身が所属する組織から任命を受けた者で、LRA責任者に「LRA担当者の届出」を行った者 (1名以上)

都道府県医師会LRAは、都道府県医師会に所属する人をLRA担当者に任命できる
 都道府県医師会LRAは、郡市区医師会で任命を受けた人を、都道府県医師会LRA担当者として受付審査業務の協力を得る







いろいろな手続き・資料

医師資格証利用者規約
医師資格証利用者規約別紙〈医師資格証利用会費と支払方法〉
LRA団体登録申請書
LRA担当者任命届
LRA担当者管理台帳
LRA事務取扱要領【利用者証明書発行審査編】 医師資格証
LRA受付審査業務事務取扱要領【入退室管理編】
医師資格証 発行申請書
医師資格証 発行申請書の記入例
医師資格証 発行申請書（再発行）
医師資格証 発行申請書（再発行）の記入例
電子証明書失効申請書
医師資格証利用中止届
医師資格証連絡先変更申請書
医師資格証開示申請書
医師資格証紛失届
事前審査確認書
最終審査依頼書
医師資格証_不備通知書
審査における姓名の一致確認要領
利用会費の口座振替依頼書

ご清聴ありがとうございました

詳細は日本医師会電子認証センター
のホームページにてご確認ください



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

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