

(宛) ..... 会長殿

(発) 団体名 .....

会長名 ..... 印

住所 .....

**医師資格証の発行に関わる地域受付局担当者について**

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				

# 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
確認した身分証			<input type="checkbox"/> 顔写真で本人確認 <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"/> 透かしに問題がない <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

## 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	<input type="checkbox"/> 発行申請書と一致	
	性別	<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。	
	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			<input type="checkbox"/> 発行申請書と一致
	医籍登録年月日	<input type="checkbox"/> 記載あり			<input type="checkbox"/> 発行申請書と一致
	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		
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			
	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				

現姓・旧姓を確認できるもの。戸籍謄(抄)本等

原本で疑義がない

発行から3か月以内

旧姓を使用

以下のいずれかに✓

すべての項目の確認完了  不備事項があるが、LRA審査に移す

申請者氏名 (LRA担当者が記載)

(LRA名称)

(メモ欄)

受付 年 月 日

(氏名自署) LRA担当者

# 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

申請区分\*  A. 新規発行  B. 更新発行

※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。

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\*  男  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\*  日医会員(会員ID記入必須)  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)  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、忘れないようご注意ください。

暗証番号\*

③ 申請者勤務先

医療機関名\* フリガナ 名称

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\*  法人組織  個人事業者  中央官庁/地方公共団体の組織 種別\*  診療所  有床診療所  病院  その他

写真貼付欄\*

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、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。

連絡先電話番号\* 連絡先FAX番号

連絡先住所\*  住民票記載住所(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 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。

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)

申請者氏名\* (自署)

C-RRAI-GA01-003

LRA受付番号 認証局使用欄 L L 団体番号 Y Y M M D D 当日の連番

LRA確認印又はサイン RA確認印又はサイン

# 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。

① 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、**✓**してしてください。

② 「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」欄はカード裏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。

③ 「医籍登録番号」、「医籍登録年月日」を記入してください。

④ 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。

⑤ 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。

⑥ 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。

⑦ 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。

⑧ 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。しっかりと糊付してください。カラー、モノクロのいずれでも結構です。

⑨ 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。

⑩ 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、暑季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。

⑪ 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

**\*印は記入必須項目です。**

① 申請日 2014 年 2 月 8 日

申請区分\*  A. 新規発行  B. 更新発行

② 申請者登録情報

フリガナ* セイ ニ タイ	タロウ
漢字* 姓	太郎
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
住所* 東京都 XXXX区XXX1丁目1番1号	
住民票記載住所	

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\*  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) 日医会員番号(会員ID)\* 1 2 3 4 5 6 7 8 9 9

日医非会員(会員ID記入不要)

⑤ 医師資格証\* 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。

⑥ 申請者勤務先\* 写真貼付欄\*

フリガナ	ミトエスエムピョウイン
医療機関名*	水戸N M 病院
医療機関住所*	茨城県XX市XXX町XXX番 内科
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
医療機関情報*	種別* <input type="checkbox"/> 診療所 <input type="checkbox"/> 有床診療所 <input checked="" type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> その他

⑦ 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。

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\*  住民票記載住所(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) 〒 226-XXXX 横浜市XXX区XXXX 1-2-3 (ビル名、階層、診療科など)

メールアドレス 重要なお知らせで使用します。 nichitaro @ XXXXX.XXX.XX.XX

⑨ 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「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。  
・日本医師会医業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) **日医太郎**

C-RRAI-GA01-003

4

## 医師資格証申請後の流れ

このたびは、医師資格証の発行申請をいただきありがとうございました。この後、以下の流れで「医師資格証」を発行いたします。今後の流れと留意点をご連絡しますので、ご一読ください。

### 【今後の流れ】

#### 1. 本審査（LRA）および最終審査（日医）の実施

本日、受領した申請書類を元に、審査を実施します。審査の段階で書類不備等があった場合、ご連絡差し上げることもありますので、その際にご対応お願いいたします。また、書類不備や審査の結果によって、発行ができない場合があります。原則、ご連絡の上で判断しますが、ご了承ください。

#### 2. 医師資格証の発送

審査終了後、医師資格証を本人限定受取郵便（特例型）で発送します。本日受けさせていただいた医師資格証は、書類不備等がなければ3～4週間後から順次発送いたします。受取りは郵便窓口での受取時または送付先への配達時に身分証等での本人確認と住所の一致確認が郵便局員により実施されます。

#### 3. 必要書類の返信

医師資格証と共に、資格証の『受領書』と『口座振替依頼書』を同封しますので、ご記入の上、必ずどちらも同封の返信用封筒でご返信ください。

（口座振替依頼書は緑色の金融機関用と青色の委託者様用の2枚を返信）

発送後、28日以内に返信がない場合は、医師資格証を失効し、医師資格証の返却依頼を差し上げます。

### 【留意点】

#### 1. 年会費

医師資格証は年会費がかかります。日本医師会の会員で年間5,000円（税別）、非会員で10,000円（税別）です。年会費は登録いただいた口座から発行時期に応じて年1回引き落としさせていただきます。初回年会費引落は『口座振替依頼書』到着後、書類不備等がなければ2～3ヵ月後となります。自動引落日は各月の5日（休日の場合は次営業日）になります。

#### 2. 券面の漢字氏名について

券面に表記する氏名の漢字は、発行申請書に記載いただいた漢字としますが、旧字、外字等の場合、代替の漢字に置き換えて記載させていただくこともありますので、ご了承ください。

以上