

# 医師資格証発行申請書(再発行)記入例

## 記入例

**日本医師会 医師資格証 発行申請書(破損・姓名変更・会員変更の再発行)**  
 \*印は記入必須項目です。

① 申請日 年 月 日

② 申請区分\*  
 C. 紛失  E. 姓名変更  
 D. 破損  F. 日医会員/非会員変更

③ 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。  
 ローマ字表記は希望がある場合のみご記載ください。記載がない場合へボン式にて表記します。

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

④ 生年月日\* 明治 大正 昭和 平成 55 年 8 月 1 日 性別\*  男  女

⑤ 住所\* 〒 113-0021 東京都文京区本駒込2-28-8  
 住民票に記載の住所

⑥ 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)\* 左で1の場合記入  
 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0

⑦ 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。

⑧ 写真貼付欄\*

⑨ 申請者勤務先  
 医療機関名\* フリガナ ニチイイン 名称 日医医院  
 医療機関住所\* 〒 113-0021 東京都文京区本駒込2-28-8 (ビル名など) ○ビル (所属・診療科など) 内科  
 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\*  法人組織  個人事業者  中央官庁/地方公共団体の組織 (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

⑩ 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(③と同じ)  その他の住所を下記に記載 (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。 toiwase @ jmaca.med.or.jp

⑪ 医師資格証の受取場所 地域によって受け取りができない医師会があります。ご希望の医師会が受け取り可能か確認の上でご記入ください。  
 以下はいずれかに  して、地域の医師会の場合は医師会名を記入してください。  
 ご希望の受取場所\*  地域の医師会 (医師会名を記入してください) ○市医師会  日医電子認証センター (〒113-8621 東京都文京区本駒込2-28-16 公益社団法人日本医師会電子認証センター)

⑫ その他の事項(該当者のみ記載)  
 通称名併記を希望の場合、住民票記載の通称名となります。旧姓の併記を希望で、お手持ちの医師資格証に記載の旧姓と異なる場合、旧姓を証明する書類が必要でローマ字表記は希望がある場合のみご記載ください。記載がない場合へボン式にて表記します。

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。  
 現姓名に加えて旧姓の記載を希望する。

ローマ字フリガナ Sei Tanaka タナカ  
 姓 田中  
 Mei メイ Taro タロウ  
 名 太郎

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。  
 ・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になります。

⑬ 申請者氏名\* (自署)(本名・現姓) 日医太郎

- 再発行申請事由を選択(✓)してください。
- 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。
- 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。特にご希望のローマ字表記がある場合のみ申請者にて記入願います。(姓名を表さないもの、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。
- 日医会員、新規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。新規会員で会員番号が不明な場合は番号未記入で結構です。非会員は、番号記入不要。
- 再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。
- 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に使用します。記入してください。

- 医師資格証の受け取りを希望する場所を選択(記入)してください。地域によっては取り扱いが始まっていないことがあります。その場合は、受け取りできる近隣医師会をお知らせします。
- (該当する方のみ) 医師資格証に、本名に加えて通称名、現姓に加えて旧姓の印刷を希望される方は  して、通称名または旧姓を記入してください。医師資格証に印刷される通称名は、住民票に記載された通称名に限ります。医師資格証に印刷される旧姓は、お手持ちの医師資格証に印刷されたものと同じである場合は、追加の資料の提出は不要です。お手持ちの医師資格証に印刷された旧姓と異なる場合は、旧姓を確認できる公的書類(次の内の1点)を添付してください。  
 ・戸籍(抄)謄本 ・旧姓も記載された住民票
- 同意事項です。ご確認ください。
- 申請者の氏名を自署してください。自署の訂正は受け付けられません。