

看護師、管理栄養士用HPKIテストカードの申請手順

申し込みされる方は、次の手順で申請をお願いします。

ステップ

1

①から④を各1部ずつ準備ください。

- ①看護師用、管理栄養士用HPKIテストカード発行申請書
- ②住民票(発行日から3ヶ月以内のもの)
- ③看護師免許証または管理栄養士免許証の原本(コピー不可)
- ④身分証

ステップ

2

「カード発行申請書」の作成

発行申請書に必要事項を記入し、氏名欄に自署してください。押印欄には、認印をなつ印してください。申請書の記入に際しては、記入例に従い、ステップ1の①から③の書類から転記してください。

ステップ

3

申請書類の提出

- 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)

(1)身分証…上のa)~d)の内のいずれか1つをご本人が持参ください。

(2)申請書類…次の4つの書類をご本人が持参してください。

- ①ステップ2で作成した発行申請書
- ②住民票(自治体から発行された「住民票(抄本)」、コピー不可)
- ③看護師免許証または管理栄養士免許証の原本(コピー不可)
- ④身分証(上のa)~d)の内のいずれか1つ)

提出方法

◆上の①②③④を、審査担当者にご本人が提出ください。代理人は認められません。

審査担当者が、ご本人確認の上、書類内容を確認し受付と審査をします。なお、免許証と身分証は審査局で保管するためコピーし、原本はお返しします。

発行申請書と住民票は、原本を審査局で保管します。

ステップ

4

カードの受取

- (1)申請者が指定した住所に、申請者本人宛に書留郵便にて送付します。
- (2)申請から2-3週間お待ちください。

【お問い合わせ、申請先】

TEL:

FAX:

受付時間 9:00-17:00 (土、日、祝日、年末年始を除く)

管理栄養士用HPKI電子証明書(テストカード) 発行申請書

地域受付審査局名

日医LRA

***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。

更新の場合は、カードIDを記入

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 〒

管理栄養士名簿籍登録番号* 第 号 管理栄養士名簿登録年月日* 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)*

カード暗証番号* 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。

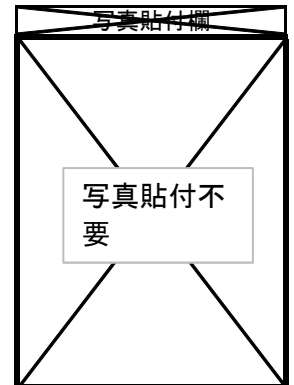
暗証番号*

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



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 (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 カードの送り先*

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。

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管理栄養士用HPKI電子証明書(テストカード)の発行を申し込みます。

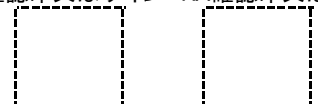
- ・『日本医師会医師資格証利用規約』に準じて利用することを同意します。
- ・日本医師会医療認証基盤サービスに利用者登録されることに同意します。
- ・氏名、生年月日、免許登録番号が券面に記載されることに同意します。

申請者氏名* (自署)

C-RRAI-GA01-002

認証局使用欄

LRA確認印又はサイン RA確認印又はサイン



看護師用HPKI電子証明書(テストカード) 発行申請書

地域受付審査局名

日医LRA

*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。

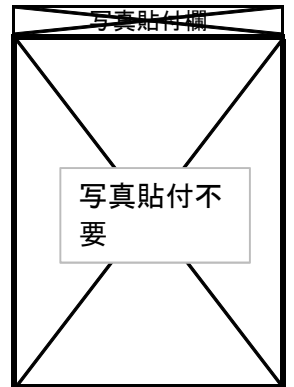
カードID JMA [XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX]

② 申請者登録情報

氏名*	フリガナ*	セイ	メイ
	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			
看護師籍登録番号*	第 号	看護師籍登録年月日*	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ID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)*	[XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX]		
カード暗証番号*	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	[XXXXXXXXXXXX]
	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 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		
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 カードの送り先*

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。

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看護師用HPKI電子証明書(テストカード)の発行を申し込みます。

- 『日本医師会医師資格証利用規約』に準じて利用することを同意します。
- 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。
- 氏名、生年月日、免許登録番号が券面に記載されることに同意します。

申請者氏名

(自署)

[Signature Line]

C-RRAI-GA01-002

認証局使用欄

LRA確認印又はサイン RA確認印又はサイン

[Seal/Signature Lines]

看護師HPKI電子証明書(テストカード)発行申請書 記入例

看護師HPKI電子証明書(テストカード)発行申請書		地域受付審査局名	
*印は記入必須項目です。		日医LRA	
① 申請日	2014年2月8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。	
① 申請区分*	<input checked="" type="checkbox"/> A. 新規発行 <input type="checkbox"/> B. 更新発行	カードID	JMA 新規発行は記入不要
② 申請者登録情報	氏名* フリガナ* セイ ニテイ メイ タロウ 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 日医 名 太郎		
② 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
③ 住所*	〒112-0011 東京都XXXX区XXX1丁目1番1号 XXビル XXX号		
③ 看護師籍登録番号*	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*	<input checked="" type="checkbox"/> 日医会員(会員ID記入必須) → 日医会員番号(会員ID)* <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 日医非会員(会員ID記入不要)		
⑤ カード* 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* 記入必須
③ 申請者勤務先	医療機関名* フリガナ ミトエヌエムピョウイン 名称 水戸NM病院 医療機関住所* 〒301-XXXX 茨城県XX市XXX町XXX番 (ビル名など) 水戸XXXセンター (所属・診療科など) 内科 医療機関コード 医療機関情報* 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 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		
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* XXX-XXX-XXXX 連絡先FAX番号 XXX-XXX-XXXX 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 checked="" type="checkbox"/> 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XXXXX 1-2-3 (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。 nichitaro @ XXXXX.XXX.XX.XX		
⑤ カードの送り先*	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 checked="" type="checkbox"/> その他の住所(④) に送ってください。		
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看護師HPKI電子証明書(テストカード)の発行を申し込みます。 ・『日本医師会医師資格証利用規約』に準じて利用することを同意します。 ・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。 ・氏名、生年月日、免許登録番号が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	

記入例は、申請者(日医太郎)、住民票住所(東京都)、勤務先(茨城県)、日常の連絡先(横浜市)、カードの受取住所(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」欄はカード券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、通称名を印刷する方は通称名を記入)
- ③ 「看護師籍登録番号」、「登録年月日」を記入してください。
- ④ 日本医師会会員用の記入欄です。記入不要です。
- ⑤ 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。
- ⑥ 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。医療機関コードは記入不要です。
- ⑦ 写真不要
- ⑧ 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。
- ⑨ カードの送り先を指定✓してください。✓した場所に、申請者宛てに書留郵便で電子証明書が届きます。
- ⑩ 申請者の氏名を自署してください。(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)

管理栄養士HPKI電子証明書(テストカード)発行申請書 記入例

管理栄養士HPKI電子証明書(テストカード)発行申請書		地域受付審査局名	
*印は記入必須項目です。		日医LRA	
① 申請日	2014年2月8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。	
① 申請区分*	<input checked="" type="checkbox"/> A. 新規発行 <input type="checkbox"/> B. 更新発行	カードID	JMA 新規発行は記入不要
② 申請者登録情報			
氏名*	フリガナ* セイ ニチイ メイ タロウ 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 日医 名 太郎	
② 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
③ 住所*	〒112-0011 東京都XXXX区XXX1丁目1番1号 XXビル XXX号		
③ 管理栄養士名簿登録番号*	第 記入必須 号	③ 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*	<input checked="" type="checkbox"/> 日医会員(会員ID記入必須) → 日医会員番号(会員ID)* <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 日医非会員(会員ID記入不要)		
⑤ カード* 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* 記入必須
③ 申請者勤務先			
⑥ 医療機関名*	フリガナ ミトエヌエムピョウイン 名称 水戸NM病院	写真貼付欄	
⑥ 医療機関住所*	〒301-XXXX 茨城県XX市XXX町XXX番 (ビル名など) 水戸XXXセンター (所属、診療科など) 内科		
⑥ 医療機関情報*	医療機関コード 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 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		
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。		
⑧ 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*	<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 checked="" type="checkbox"/> その他の住所を下記に記載		
⑧ その他の住所(右に記載)	〒226-XXXX 横浜市XXX区XXXXX 1-2-3 (ビル名・所属・診療科など)		
⑧ メールアドレス	重要なお知らせ等で使います。 nichitaro @ XXXXX.XXX.XX.XX		
⑤ カードの送り先* 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 checked="" type="checkbox"/> その他の住所(④) に送ってください。			
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管理栄養士HPKI電子証明書(テストカード)の発行を申し込みます。			
<ul style="list-style-type: none"> 『日本医師会医師資格証利用規約』に準じて利用することを同意します。 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。 氏名、生年月日、免許登録番号が券面に記載されることに同意します。 			
⑩ 申請者氏名*(自署)	日医太郎		

記入例は、申請者(日医太郎)、住民票住所(東京都)、勤務先(茨城県)、日常の連絡先(横浜市)、カードの受取住所(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」欄はカード券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、通称名を印刷する方は通称名を記入)
- ③ 「管理栄養士名簿登録番号」、「登録年月日」を記入してください。
- ④ 日本医師会会員用の記入欄です。 記入不要です。
- ⑤ 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。
- ⑥ 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。 医療機関コードは記入不要です。
- ⑦ 写真不要
- ⑧ 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。
- ⑨ HPKI電子証明書の送り先を指定 してください。
 した場所に、申請者宛てに書留郵便で電子証明書が届きます。
- ⑩ 申請者の氏名を自署してください。
(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)

事前審査確認書(新規申請)

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	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"/> 透かしに問題がない
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"/> 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

HPKIテストカード発行申請書(新規申請)

	発行申請書	住民票	身分証明書	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。	<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		
	住所	<input type="checkbox"/> 記載あり	<input type="checkbox"/> 発行申請書と一致		
	看護師籍登録番号または管理栄養士名簿登録番号	<input type="checkbox"/> 記載あり			<input type="checkbox"/> 発行申請書と一致
	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			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
	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カードの送り先	<input type="checkbox"/> 指定あり				

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)

(所属施設名称)

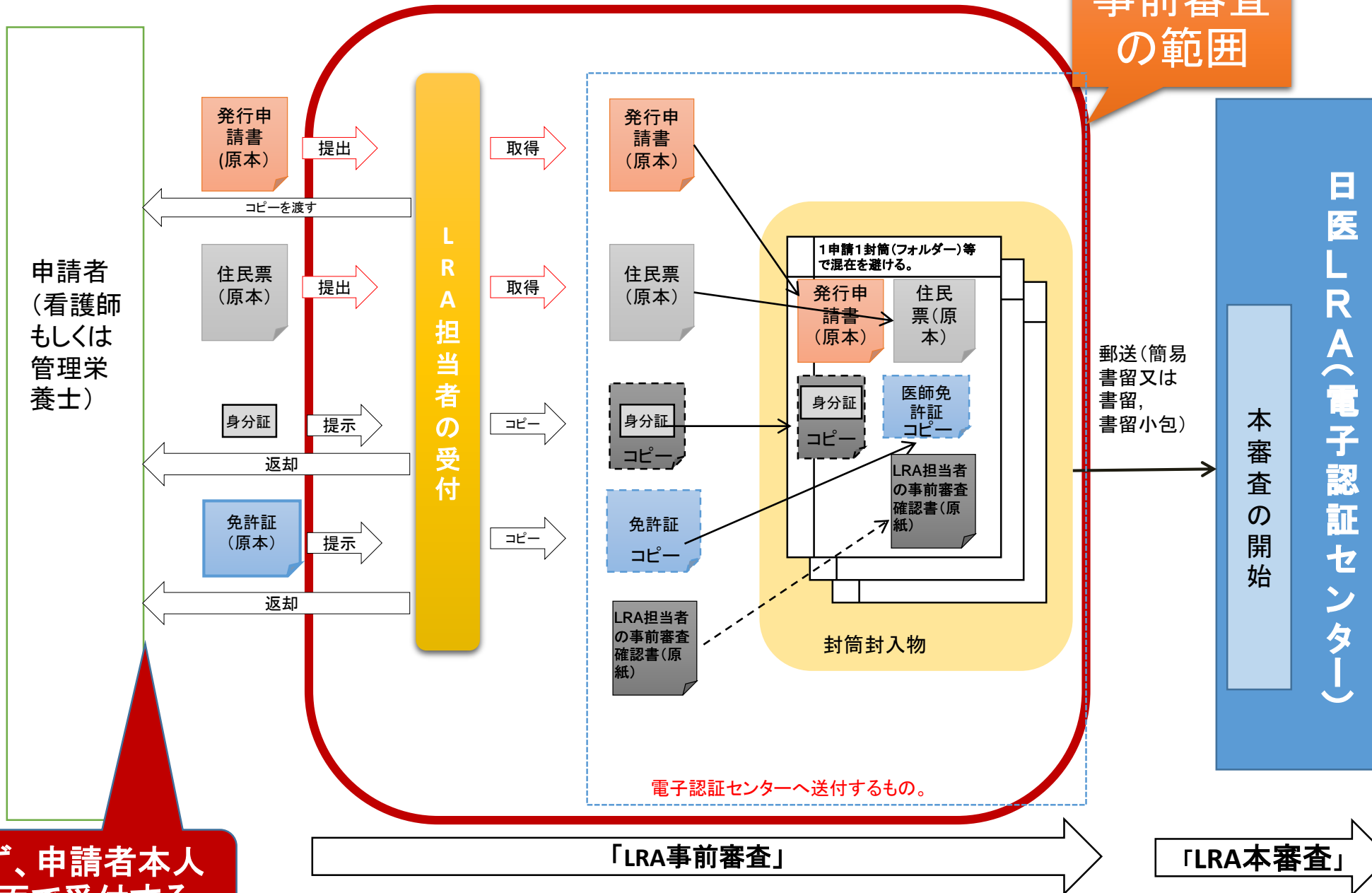
(メモ欄)

受付 年 月 日

(氏名自署)
LRA担当者

LRAの事前審査 申請書類・審査書類 取扱フロー

事前審査
の範囲



平成 年 月 日

送り先 〒113-0021 東京都文京区本駒込2-28-8
文京グリーンコート 17F
公益社団法人 日本医師会 電子認証センター 宛

(宛) 公益社団法人 日本医師会 会長殿

(発) 団体名

院長名 印

住所

**看護師、管理栄養士用電子証明書の発行に関わる
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看護師、管理栄養士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				

平成 年 月 日

送り先 〒113-0021 東京都文京区本駒込2-28-8
文京グリーンコート 17F
公益社団法人 日本医師会 電子認証センター 宛

記入例

(宛) 公益社団法人 日本医師会 会長殿

看護師もしくは管理栄養士の電子証明書発行のための、事前審査を行う方を登録するための書類です。電子認証センターへ郵送ください。

院長名+押印(公印または職印)

(発) 団体名 施設名を記入

院長名 _____ 印

住所 住所を記入

看護師、管理栄養士用電子証明書の発行に関わる 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看護師、管理栄養士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	所属	本件の担当者氏名	電話	FAX
2				
3				
4		最小1名でもOKです。 複数名可		
5				