

電子証明書(署名ICカード)の申込をされる皆様へ

HPKI電子証明書申請の手引き

電子証明書申請の手順
提出書類のチェックリスト
発行申請書の書き方と提出
発行申請書(印刷して使用)
発行申請書記入例-1
発行申請書記入例-2

平成24年4月

日本医師会認証局

電子証明書申請の手順

申請をされる方は、次の手順で申込をお願いします。

ステップ

1

5つの申請書類を準備

- (1) 電子署名用証明書発行申請書
- (2) 住民票の写し(発行日から3ヶ月以内のもの)
- (3) 印鑑登録証明書(発行日から6ヶ月以内のもの)
- (4) 医師免許証のコピー(コピーの余白に実印を押印ください)
- (5) 以下のa)~l)の内のいずれか1つのコピー(コピーの余白に実印を押印ください) ※コピーは、モノクロでもカラーでもかまいません。

ステップ

2

発行申請書の作成

発行申請書に必要事項を記入し、実印を押印してください。
「申請書の書き方と提出」を見て、作成してください。

- 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)
- e) 健康保険証(有効期間内のもの)
- f) 国民健康保険証(有効期間内のもの)
- g) 共済組合員証(有効期間内のもの)
- h) 介護保険証(有効期間内のもの)
- i) 基礎年金番号通知書
- j) 国民年金手帳(証書)
- k) 厚生年金手帳(証書)
- l) 共済年金証書

ステップ

3

申請書類の提出

郵送された書類は、認証局にて審査を行います。記入漏れ、誤記などの場合は、修正・再提出をお願いする通知書が届きますので、必要な措置をお願いします。

申請書類・・・次の5つの書類を提出ください。

- (1) ステップ2で作成・押印した発行申請書
- (2) 住民票の写し
- (3) 印鑑登録証明書
- (4) 医師免許証のコピー(押印済み)
- (5) a)~l)のいずれか1つの書類(押印済み)

提出方法

◆封筒に入れて郵送(郵便)ください。普通郵便でも書留郵便でもかまいません。メール便などの利用はできません。

送付先 〒102-0083 東京都千代田区麴町1-4-4
日本医師会認証局 登録事務局 宛

ステップ

4

電子証明書の受取りと受領書の返送

電子証明書は、本人限定受取郵便で申請者宛てに到着しますので、申請者ご本人でお受取りください。

電子証明書の受領確認書も同封されていますので、受領確認書に押印(実印)して必ず返送ください。

提出書類のチェックリスト

申請書類を郵送する前に、以下をご確認ください。

文書名称		確認項目			
5つの申請書類	(1) 電子署名用証明書発行申請書	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 記入漏れ・押印漏れなし	...	
	(2) 住民票の写し	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 発行日付は3ヶ月以内		
	(3) 印鑑証明書	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 発行日付は6ヶ月以内		
	(4) 医師免許証のコピー	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> コピーの余白に実印あり		
	右のいづれか1点	a) 日本国旅券	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> コピーの余白に実印あり	<input type="checkbox"/> 有効期間内である <input type="checkbox"/> 写真付カードのコピーである <input type="checkbox"/> 張替防止措置済・写真付付のコピーである ...
		b) 運転免許証			
		c) 住民基本台帳カード写真付			
		d) 官公庁職員身分証明書			
		e) 健康保険証			
		f) 国民健康保険証			
		g) 共済組合員証			
		h) 介護保険証			
		i) 基礎年金番号通知書			
		j) 国民年金手帳(証書)			
k) 厚生年金手帳(証書)	...				
l) 共済年金証書					

すべての項目のチェックが完了しましたら、申請書類がすべて揃いました。

発行申請書の送付先

〒102-0083 東京都千代田区麴町1-4-4
日本医師会認証局 登録事務局 宛

日医認証局 問い合わせ先

日医総研 電話 03-3942-6933

メール pki-support@jmari.med.or.jp

発行申請書の書き方と提出

1 発行申請書の印刷

必要な書類が揃いましたら、「電子署名用証明書発行申請書」を印刷してください。
※ 印刷は、モノクロでも結構です。カラー印刷でもかまいません。

2 電子証明書(ICカード)の受取場所の選択

ICカードは、郵便局から配達されて受け取る時に、本人確認があります。ご本人以外は受け取れませんので、日常おいでになる受取場所を選んでください。

ICカードの受取場所を決めるご参考

申請書では、「カード送付先住所」を記載します。「住民票記載住所」を選択するか、「勤務先住所」または「現住所」を記載します。
(例)松山市で勤務していて、住民票住所は東京都の方が、カード送付先を住民票住所にされると、東京でご本人が受け取ることになりますのご注意ください。

ICカードを受け取る場所	日常おいでになる場所が住民票住所と同じ方におすすめします。	住民票住所には、日常おいでにならない方におすすめします。
ICカードは、本人限定受取郵便(特例型)で、申請者ご本人宛てに届きます。 運転免許証などの本人確認できるものを提示して、ご本人だけが受け取ることができます。	<p>発行申請書の記入例-1をご覧ください。</p> <p>日医太郎さんの住民票住所は、東京都文京区千石。 日常は同住所におられるので、同住所でICカードを受け取る例を記載してあります。</p>	<p>発行申請書の記入例-2をご覧ください。</p> <p>日医太郎さんの住民票住所は、東京都文京区千石。 日常は松山市のABC病院に勤務しているので、松山市のABC病院でカードを受け取る例を記載してあります。</p>

3 発行申請書の記入・作成

記入例を参考にして、必要事項を記入し、申請書を作成してください。

4 申請書類のチェック

「発行申請書」の記入となつ印が終わりましたら、「申請書類のチェックリスト」で不足が無いかご確認ください。

5 申請書類の提出

発行申請書を含めて5つの書類を、送付先に郵送してください。

普通郵便でも、書留郵便でもどちらでもかまいません。信書扱いですので、郵便にしてください。(メール便等では送らないでください。)

以上で申込は終了です。
申請書類に不備、不足等があった場合は、認証局から確認、修正等の依頼連絡がありますので、必要な対応をお願いします。

日本医師会認証局 HPKI電子署名用証明書 発行申請書

◆団体記入欄

団体登録番号*				

***必須項目**

私は以下の内容を確認し、日本医師会認証局に電子署名用証明書を申し込みます。
 ・『日本医師会認証局運用規程(CPS)』及び『日本医師会認証局利用規約』に同意します。
 ・「氏名(ローマ字)」、「医籍登録番号」が電子証明書に記載されることに同意します。
 また、管理者証明書を申請する場合は、「医療機関名称(英字表記)」が電子証明書に記載されることに同意します。

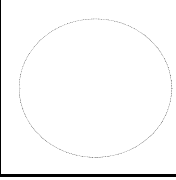
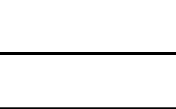
① 申請日 年 月 日

申請区分* A. 新規発行 B. 更新発行


※更新の場合は、お手持ちの電子証明書の証明書IDを必ずご記入ください。

証明書ID	JMA																		
-------	-----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

② 申請者登録情報

氏名*	フリガナ*	セイ	メイ	実印欄*
フリガナをへボン式ローマ字に変換して証明書に記載します	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*	〒 都道府県			
住民票記載住所				
医籍登録番号*	第 号			

③ 申請者所属医療機関情報 (*管理者証明書を発行する場合は必須)

証明書種別(*)	<input type="checkbox"/> 管理者証明書として発行する ※管理者証明書の発行には、所属を証明する書類、または公印が必要です。			
医療機関名(*)	フリガナ	正式名称		
英字表記を証明書に記載します 使用可能文字 0-9 A-Z a-z SP ' () - + : .	英字表記 64文字以内			
医療機関住所(*)	〒 都道府県			公印欄
医療機関コード	医療機関組織種別(*)	<input type="checkbox"/> 法人組織(添付書類要)	<input type="checkbox"/> 個人事業者(添付書類要)	
		<input type="checkbox"/> 中央官庁/地方公共団体の運営する組織(公印押印要)		

④ カード発行情報

暗証番号*		※ICカードを利用するための暗証番号です。4桁の数字をご記入ください。	写真貼付欄
カード送付先住所*	<input type="checkbox"/> 申請者住民票記載住所(②)と同じ <input type="checkbox"/> 医療機関住所(③)と同じ 〒 都道府県 (組織名) (部署名)		日医学会証とする場合は必須。 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。 更新の場合、写真を変更
券面種別*	<input type="checkbox"/> 1. 日医学会証(医籍登録番号あり) <input type="checkbox"/> 2. 日医学会証(医籍登録番号なし) <input type="checkbox"/> 3. オリジナル券面(医籍登録番号あり) <input type="checkbox"/> 4. オリジナル券面(医籍登録番号なし)	日医学会ID番号(*) 日医学会証とする場合は必須	

⑤ 連絡先情報

認証局から本申請書に関するご連絡、証明書使用期限切れのお知らせ等のご連絡先

連絡先住所*	<input type="checkbox"/> 申請者住民票記載住所(②)と同じ <input type="checkbox"/> 医療機関住所(③)と同じ <input type="checkbox"/> カード送付先住所(④)と同じ 〒 都道府県 (組織名) (部署名)		
電話番号*	- -	FAX番号	- -
メールアドレス	カード発行に重要なお知らせにのみ使用します @		

◆ 認証局使用欄

受付番号	申請書番号	
------	-------	--

住民票の住所でカードを受け取りたい方 (記入例 - 1)

日本医師会認証局 HPKI電子署名用証明書 発行申請書

◆団体記入欄

団体登録番号*			
記	入	不	要

*必須項目

私は以下の内容を確認し、ICカードの更新は、Bに✓を入れてください。
 ・『日本医師会認証局運用規程』及び『日本医師会認証局利用規約』に同意します。
 ・「氏名(ローマ字)」、「医籍登録番号」が電子証明書に記載されることに同意します。
 また、管理者証明書を申請する場合は、「医療機関名称(英字表記)」が電子証明書に記載されることに同意します。

お手持ち証明書の更新申請の場合は、必ず記入願います。新規の発行申請は、記入不要です。

① 申請日 平成 24 年 3 月 1 日

申請区分* A. 新規発行 B. 更新発行

※更新の場合は、お手持ちの電子証明書の証明書IDを必ず記入してください。

証明書ID JMA

② 申請者登録情報

氏名*	フリガナ*	セイ	ニチイ	メイ	太郎	実印欄*
フリガナをへボン式ローマ字に変換して証明書に記載します	漢字*	姓	日医	名	太郎	訂正の場合は、2本線で訂正し実印を押してください。
生年月日*	明治 大正 (昭和) 平成	4 6	年 5 月 2 3 日	性別*	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
住所*	112-0011	都道府県	東京都	文京区千石一丁目29番12号	千石ビル 503	住民票に記載してある住所を、そのまま正確に記入願います。略字等は使わないでください。
住票記載住所	千石ビル 503	千石ビル 503	千石ビル 503	千石ビル 503	千石ビル 503	
医籍登録番号*	第	1234567890	医師免許証から転記ください。			印鑑登録してある個人の実印をおしてください。法人印、事業主印、公印ではありません。認印ではありません。

③ 申請者所属医療機関情報

(*)管理者証明書を発行する場合は必須

証明書種別(*)	<input type="checkbox"/> 管理者証明書として発行する	※管理者証明書の発行には、所属を証明する書類、または公印が必要です。
医療機関名(*)	フリガナ	記入不要
英字表記を証明書に記載します	名称	記入不要
使用可能文字 0-9 A-Z a-z SP ' () - + ; .	英字表記	記入不要
64文字以内		
医療機関住所(*)	〒	都道府県
	記入不要	記入不要
医療機関コード	記入不要	医療機関組織種別(*)
		<input type="checkbox"/> 法人組織(添付書類要) <input type="checkbox"/> 個人事業者(添付書類要)
		<input type="checkbox"/> 中央官庁/地方公共団体の運営する組織(公印押印要)

記入例は、赤い文字で示しています。お客様が書かれる際は、黒のボールペンで記入をお願いします。

この欄は、✓不要です。

今回は管理者証明書を発行しませんので、公印は不要です。

④ カード発行情報

生年月日、電話番号など、他人が類推し易い番号を避けてください。暗証番号を忘れるとカードを使えなくなります。暗証番号は必ず記憶しておいてください。

暗証番号*	記入必要	※ICカードを利用するための暗証番号です。4桁の数字をご記入ください。	写真貼付欄
カード送付先住所*	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者住民票記載住所(②)と同じ <input type="checkbox"/> 医療機関住所(③)と同じ	都道府県	日医会員証とする場合は必須。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。更新の場合は、写真を変更する方のハ貼り付けてください。今回は会員証を発行しませんので、写真は不要です。
宛名は申請者様宛ります。ご本人以外受取はできません。	申請者住民票記載住所(②)と同じに✓を入れましたので、カードはそこに送られます。(組織名)	都道府県	
券面種別*	<input type="checkbox"/> 1. 日医会員証(医籍登録番号あり) <input type="checkbox"/> 2. 日医会員証(医籍登録番号なし) <input checked="" type="checkbox"/> 3. オリジナル券面(医籍登録番号あり) <input type="checkbox"/> 4. オリジナル券面(医籍登録番号なし)	日医会員ID番号(*) 日医会員証とする場合は必須	

⑤ 連絡先情報

認証局から本申請書に関するご連絡、証明書使用期限切れのお知らせ等のご連絡先

連絡先住所*	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者住民票記載住所(②)と同じ <input type="checkbox"/> 医療機関住所(③)と同じ <input type="checkbox"/> カード送付先住所(④)と同じ	都道府県
宛名は申請者様宛ります。ご本人以外受取はできません。	連絡先は「住民票と同じ」に✓しましたので、認証局は住民票住所に必要な連絡をします。(部署名)	都道府県
電話番号*	記入不要	FAX番号
メールアドレス	記入不要	記入不要

出来るだけ記入願います。連絡がとり易いものでしたら、どちらのFAX番号でも結構です。

出来るだけ記入願います。

◆ 認証局使用欄

受付番号

申請書番号

