|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| |  |  | | --- | --- | | 申請年月日 | 年　　　　月　　　　日 |   3.5cm×4.5cm  6ヶ月以内に撮影した写真（無背景、正面向き、笑顔不可、**パスポート用写真と同様**）を貼付してください。  **MEDIS　HPKI電子証明書＋セカンド鍵発行・更新申請書（郵送）**  MEDISヘルスケア電子証明書発行サービス実施規程に基づき、  MEDISヘルスケア電子証明書発行サービス実施規程及びMEDIS認証局利用規約に同意のうえ、  次の通りMEDIS HPKI署名用電子証明書、MEDIS HPKI認証用電子証明書及びセカンド鍵を  申請します。 |

1. 申請情報

|  |  |
| --- | --- |
| ① 区分 | □新規　　□更新 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 2．申請者情報 | | | | | | | |
| ① 氏名 | ふりがな |  | | | | | 実印 |
| 漢字 |  | | | | |
| ローマ字 |  | | | | |
| ② 性別 | | □男　　□女 | ③ 生年月日 | | □大正　□昭和　□平成　　　年　　月　　日  西暦　　　　　　　　年　　　　月　　　　日 | | |
| ③ 住民票  記載 住所 | 住所 | 〒 | | | | | |
| 電話番号 |  | | | | | |
| ④証明書  郵送先・連絡先 | 組織名 |  | | | | | |
| 所属 |  | | | | | |
| 住所 | 〒 | | | | | |
| 電話番号 |  | | FAX | |  | |
| メールアドレス |  | | | | | |

※上記④の住所宛に、本人限定受取郵便（特例型）にて郵送致します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. 証明書情報 | | | | |
| ①証明書  種別 | □加入者証明書　⇒　②と④に記載下さい。③は必要な場合のみ記載下さい。 | | | |
| ②資格  情報 | 国家資格名 | | □医師　　　　　　　　　　□歯科医師　　　　　　　　□薬剤師 | |
| 国家資格免許番号 | |  | |
| ③組織名  情報 | 組織名（英字）  **60字以内**  （組織名記入の場合は必須） | |  | |
| 組織名（漢字、かな）  **64字以内**  (任意) | |  | |
| ④パスワード  情報 | ＩＣカードの  パスワード  （PINコード） | 半角英数字8文字以上16文字以内で設定してください。数字は必須 | | |
| フリガナ | |  |
| パスワード | |  |
| 使える記号（半角）　　　　**!**、**#**、**%**、**&**、**\***、**+**、**=**、**-**、**<**、**>**、**?**、**\**、**\_** | | |

申請書は 必ずコピーして控えとしてください   
(パスワード忘れの対応は有償となります)

|  |  |
| --- | --- |
| 4. 添付資料　（添付する審査用資料にチェックを付けて下さい。）  加入者証明書　⇒　①②③④にチェック | |
| ① | □住民票（原本）※1 |
| ②次のいずれかの本人確認資料のコピー１点**書類の適当な空欄に実印を捺印すること。** | |
|  | □日本国旅券 □運転免許証 □住民基本台帳カード（写真付のもの）  □官公庁職員身分証明書（張り替え防止措置済みの写真付）　□個人番号カード（マイナンバーは黒塗りしてください） |
| ③ | □印鑑登録証明書（原本）※2 |
| ④ | □国家資格免許証のコピー　**書類の適当な空欄に実印を捺印すること。** |
| ※1　3ヵ月以内発行のものであること。マイナンバーは記載しないこと。  ※2　6ヵ月以内発行のものであること。 | |

**個人情報保護に関して（証明書所有者の情報収集について）**

1. 提供いただいた個人情報は、MEDISヘルスケア電子証明書発行サービス責任者のもとに確認、格納、保管を行います。
2. 収集は貴殿に公開鍵証明書を誤りなく発行し、所有していただくための検証に用います。
3. 提供いただいた個人情報は、MEDISが行うサービス等のご案内に利用させていただくことがあります。なお、本電子証明書関連以外の目的での利用にご同意されない場合には、右□にチェックをお願いします。　□同意しない。
4. 提供いただいた個人情報は、業務上の必要に応じて、当財団が個人情報を適正に取扱っていると判断し、個人情報の適切な管理についての契約を定めた、事業者等にその取扱いを委託する場合がございます。その際、委託先に対して適切な監督を行います。
5. 個人情報のご提供については任意となりますが、当該情報をご提供いただけない場合には、電子証明書の発行ができなくなります。
6. 個人情報の利用目的の通知、開示・訂正・追加又は削除、利用の停止・消去、第三者への提供の停止については、以下の窓口までご相談下さい。

個人情報に関する問い合わせ窓口

電話：03-3267-1921

個人情報保護管理者：一般財団法人医療情報システム開発センター　総務経理部長

申請に関する問い合わせ先 **hpki-ad@medis.or.jp**

|  |  |
| --- | --- |
| 受付番号 |  |

Ver.2023-12

以下は郵送不要です。

**郵送宛先　（ラベルとしてご利用いただけます）**

162-0825

東京都新宿区神楽坂１－１

日本生命神楽坂外堀通りビル６Ｆ  
一般財団法人医療情報システム開発センター

MEDIS HPKI 認証局管理者　行

Tel:(03)3267-1922

162-0825

東京都新宿区神楽坂１－１

日本生命神楽坂外堀通りビル６Ｆ  
一般財団法人医療情報システム開発センター

MEDIS HPKI 認証局管理者　行

Tel:(03)3267-1922