

記入要領

(申請書ではありません申請には申請書をご利用ください。)

申請年月日	年	月	日
-------	---	---	---

MEDIS HPKI 電子証明書発行・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。

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。

1. 申請情報

① 区分	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	③ 生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	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。

3. 証明書情報

① 証明書 種別	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 医師	<input type="checkbox"/> 歯科医師	<input type="checkbox"/> 薬剤師	
	国家資格免許番号				
③ 組織名 情報	組織名(英字) 64字以内 (組織名記入の場合は必須)	加入者証明書の場合必須ではありません。 記載する場合は必ず英字(必須)と漢字(かな)(任意) を記載してください。			
	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	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	I,I,I(アイ、エル、イチ等判別しにくい文字にフリガナをお願いします。)		
		パスワード			
	使える記号(半角)	!, #, %, &, *, +, =, -, <, >, ?, ¥, _			

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	<input type="checkbox"/> 住民票の写し※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。 <input type="checkbox"/> 日本国旅券 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 住民基本台帳カード(写真付のもの) <input type="checkbox"/> 官公庁職員身分証明書(張り替え防止措置済みの写真付) <input type="checkbox"/> 個人番号カード(マイナンバーは黒塗りしてください)
③	<input type="checkbox"/> 印鑑登録証明書※2
④	<input type="checkbox"/> 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

受付番号	
------	--

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 6 F

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 6 F

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