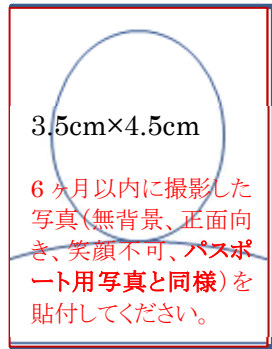


記入要領
(申請書ではありません申請には申請書をご利用ください。)

申請年月日 年 月 日 Ver.202408

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

印鑑登録証明書と同じ印鑑
不鮮明やにじみ、ずれなどが
あると不備となりますので、重
ならないように何度押しても結
構ですので、鮮明に押印して
ください

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	住所 宛先 (施設名等)	〒			
連絡先	組織名				
	所属				
	電話番号	FAX			
	メールアドレス				

旧姓併記の場合は現氏名の
後ろに()書きで旧姓、ふりが
な、ローマ字をそれぞれ記載

自宅以外の宛先、店舗、勤務
先などに送付する場合は店
舗名、施設名なども記入

申請についての問い合わせ、
更新のお知らせを送るので必
ず記入してください。
記入がない場合更新のお知ら
せが届かない場合があります。

※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 (任意)	組織名(英字) 60字以内 (組織名記入の場合 は必須)	必須ではありません。電子証明書に記載する場合のみ記載してください。 複数の施設で医療行為を行う場合は組織名を記入しないでください。 記載した場合、勤務先が変わると使用できなくなりますので再発行が必要 になります。			
	組織名(漢字、かな) 64字以内 (任意)	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。			
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	大文字小文字、数字記号をわかりやすく記載してください。		
使える記号(半角)		!, #, %, &, *, +, =, -, <, >, ?, ¥, _			

1,1,1(アイ、エル、イチ、
大文字小文字等判別
できるように文字にフリ
ガナや注意書きをお
願います。

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)

このページも申請書です。こちらのページも同封してください。

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(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押印すること。	
<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(原本)※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押印すること。

※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

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

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

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