

# 日本薬剤師会認証局の申請書作成のページ

https://hpki.nichiyaku.or.jp/000\_Top/Top.aspx

## 日本薬剤師会認証局 WEB申請書作成支援サービス

このホームページは、日本薬剤師会が発行する薬剤師資格証の申請に必要な書類等の確認と、申請書の作成を支援するためのホームページです。

本サービスで動作確認しているブラウザは以下となります。

- ・ Microsoft Internet Explorer 11
- ・ Microsoft Edge 100
- ・ Safari 15.4
- ・ Chrome 100

### 通信欄

メンテナンスは終了しました。WEB申請支援システムは利用できます。

### ■ 薬剤師資格証 準備から発行(利用開始)までの全体の流れ

#### 1. 申請の区分について

- ①新規発行申請：初めて発行する方（過去に発行実績がある方は再発行）（A）
- ②継続発行申請：現在有効な薬剤師資格証があり継続更新可能期間にある方（B）
- ③再発行申請：現在利用中の薬剤師資格証の破損、期限切れ、券面変更となった方（C1、C2、C3）
- ④再発行申請：券面利用不可の薬剤師資格証の紛失、券面変更、期限切れとなった方（D1、D2、D3）
- ⑤失効申請：現在有効な薬剤師資格証を無効にする場合（紛失、利用者死亡、利用しない等）（E）
- ⑥緊急失効：他人による不正利用など緊急に利用不能にしたい場合は、電話等連絡により、日本薬剤師会認証局にて緊急失効の手続きが行えます。

#### 2. 薬剤師資格証の発行申請手続きの流れ（新規、継続、再発行）

- ①申請に必要な書類を確認します。  
「申請前の準備」の画面を使って状態・条件を入力することで必要な書類が確認できます。
- ②確認した必要な書類を準備してください。
- ③カード発行の申請には、「申請書の作成」の画面を使用します。  
申請入力用のURLをメールで受け取りするために、まずメールアドレスの登録を行います。
- ④メールでURLを受信したら、30分以内にURLにアクセスし表示する申請書作成画面に従い申請書を作成します。
- ⑤申請書の作成が完了したら、申請書PDFをダウンロードします。
- ⑥申請書に追記等を行います。（暗証番号、署名、顔写真添付）
- ⑦申請書および必要な添付書類を申請書送付先に郵送してください。
- ⑧日本薬剤師会にて申請審査（書類確認と審査）を行い、費用支払いのメールを発信します。
- ⑨メールの内容に従い、発行費用の支払いを行います。（クレジット払いまたはコンビニ払い）
- ⑩支払い確認が出来ると、日本薬剤師会は薬剤師資格証を申請者が指定した都道府県薬剤師会（または地域薬剤師会等）送付します。  
⑪受取を指定した薬剤師会等から受取の案内が届きますので、当該薬剤師会等に本人が出向いて受取をしてください。  
⑫受取時は受領書に署名頂きます。

#### 3. 失効申請手続きの流れ

- ①申請に必要な書類を確認します。  
「申請前の準備」の画面から、失効申請に必要な書類が確認できます。
- ②失効申請書の作成は「申請前の準備」の画面から「申請書作成」を使用します。
- ④申請書の作成が完了したら、申請書PDFをダウンロードします。
- ⑤申請書に署名を行います。
- ⑥申請書と必要な添付書類を申請書送付先に郵送してください。
- ⑦日本薬剤師会にて失効審査を行い、失効処理を行います。

上記内容をよく確認してクリック

次へ

# まず、申請に必要な書類を事前に確認します

日本薬剤師会認証局 WEB申請書作成支援サービス

## 1.申請前の準備

最初に、「1.申請前の準備」で、申請に必要な書類を確認してください。

確認の最後に、必要書類一覧が表示されますので、画面を印刷するなどして保存されることをお勧めします。

①申請前の準備

## 2.申請書の作成

上記「1.申請前の準備」がお済みになり、申請に必要な書類をご用意の方は

「2.申請書の作成」へお進みください。

申請書の作成では、初めに本会からの連絡先としてご登録頂くメールアドレスの確認をいたします。

有効なメールアドレスをご用意いただき、「[accept-hpki@nichiyaku.or.jp](mailto:accept-hpki@nichiyaku.or.jp)」からのメールを信頼できる送信元として正常に受信できるよう設定してください。

申請書の作成の最後に申請書がPDFでダウンロードされますので必ずPCに保存してください。

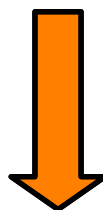
申請書の作成の途中で画面を閉じたり等で中断した場合は、最初から再度実施してください。

途中で保存することは出来ませんのでご注意ください。

②申請書の作成

戻る

公益社団法人 日本薬剤師会



日本薬剤師会認証局 WEB申請書作成支援サービス

失効申請以外は、申請書に顔写真を貼付いただく必要がございます。

顔写真は6ヶ月以内に撮影したパスポートサイズのもので、パスポート申請と同じ基準で撮影された顔写真が必要です。詳細は、外務省等のホームページをご覧ください。

外務省HP (参考) : [http://www.mofa.go.jp/mofaj/toko/passport/ic\\_photo.html](http://www.mofa.go.jp/mofaj/toko/passport/ic_photo.html)

新規申請

初めて申請される方向けの申請になります。

画面内容に従って進行してください。

継続・再発行申請

資格証を一度発行し、継続・再発行をされる方の申請になります。

画面内容に従って進行してください。

失効申請

資格証の紛失や破損、資格証が不要になった方の申請になります。

画面内容に従って進行してください。

戻る

申請書提出の際に必要な書類を確認いたします。  
当てはまる選択肢をクリックしてください。  
チェックを入れた選択肢から必要書類を表示します。

薬剤師資格証に併記したい姓名を以下から選択してください。注) 現姓記載は必須です。

選択肢

無い (現姓のみ)

旧姓・旧名

通名

申請時に複写を送付する予定の本人確認書類を以下から選択してください。

選択肢

日本国旅券 (有効期限内のもの)

運転免許証 (有効期限内のもの)

住基カード(写真付、有効期限内のもの)

マイナンバーカード (有効期限内のもの)

官公庁身分証明書 (張替え防止措置済みの写真付、有効期限内のもの)

上記の送付頂く本人確認書類は有効期限内ですか？  
以下から選択してください。

選択肢

はい

いいえ

上記の送付して頂く本人確認用の書類に記載されている姓名を以下から選択してください。

選択肢

現姓 (本名)

旧姓・旧名

通名

ご用意していただく薬剤師免許証に記載されている姓名を以下から選択してください。

選択肢

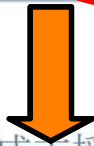
現姓 (本名)

旧姓・旧名

通名

上記それぞれの該当項目にチェックを入れて

公益社団法人 日本薬剤師会



### 申請区分：A新規申請

この画面を印刷し、有効期限内の必要書類・写真をご用意ください。  
書類・写真が揃いましたら、再度、「日本薬剤師会認証局 薬剤師資格証 申請書作成支援サービス」のホームページに行き、「2.申請書の作成」にお進みください。  
なお、顔写真は6ヶ月以内に撮影したパスポートサイズのもので、パスポート申請と同じ基準で撮影された顔写真が必要です。  
詳細は、外務省等のホームページをご覧ください。  
外務省HP (参考) : [http://www.mofa.go.jp/mofaj/toko/passport/ic\\_photo.html](http://www.mofa.go.jp/mofaj/toko/passport/ic_photo.html)

- 1. 発行申請書
- 2. 住民票 (発行日から6ヶ月以内かつ、個人番号(マイナンバー)が記載されていないもの、複写不可)
- 3. 運転免許証 (有効期限内のもの) の複写
- 4. 薬剤師免許証の複写
- 5. 顔写真 (6ヶ月以内のもの)

選択した内容の一覧が表示されます。  
これにそって必要書類の用意をしてください。



### 1.申請前の準備

最初に、「1.申請前の準備」で、申請に必要な書類等を確認してください。  
確認の最後に、必要書類一覧が表示されますので、画面を印刷するなどして保存されることをお勧めします。

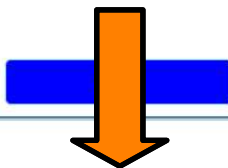
①申請前の準備

### 2.申請書の作成

上記「1.申請前の準備」がお済みになり、申請に必要な書類をご用意の方は「2.申請書の作成」へお進みください。  
申請書の作成では、初めに本会からの連絡先としてご登録頂くメールアドレスの確認をいたします。  
有効なメールアドレスをご用意いただき、「accept-hpki@nichiyaku.or.jp」からのメールを信頼できる送信元として正常に受信できるよう設定してください。  
申請書の作成の最後に申請書がPDFでダウンロードされますので必ずPCに保存してください。  
申請書の作成の途中で画面を閉じたり等で中断した場合は、最初から再度実施してください。  
途中で保存することは出来ませんのでご注意ください。

②申請書の作成

必要書類の用意ができれば



#### メールアドレスの登録

申請書作成にあたり、はじめにご登録頂くメールアドレスの確認をいたします。  
以下メールアドレス入力欄にメールアドレスを入力頂き、利用規約に同意の上、メール送信ボタンをクリックしてください。

入力して頂いたメールアドレス宛てに、「[薬剤師資格証] メールアドレス登録のお知らせメール」という件名でメールを送信させていただきます。  
メール記載のURLにアクセスして頂き、申請書作成に進んでください。

#### メールアドレス入力

\*メールアドレスを入力する際は「accept-hpki@nichiyaku.or.jp」からのメールを受信できるよう設定してください。  
メールに記載されたURLの有効期限は、メールの送信時間より30分以内となっていますのでご注意ください。

#### ご利用規約(利用者同意書)

日本薬剤師会認証局 HPKI署名用及び認証用証明書サービス利用規約 (利用者同意書)  
2022年10月12日版

第1条 (総則)  
1. 「日本薬剤師会認証局 HPKI署名用及び認証用証明書サービス利用規約」(以下、「本規約」という。)は、日本薬剤師会(以下、「本会」という。)が提供する「HPKI署名用及び認証用証明書サービス」(以下、「本認証サービス」という。)の利用に関して定めたものです。  
2. 本認証サービスは、「HPKI署名用証明書」及び「HPKI認証用(人)証明書」(以下、両者を合わせて「加入者証明書」という。)を発行するサービスです。  
3. 「日本薬剤師会認証局運用規程」(CPS: Certification Practice Statement、以下、「CPS」という。)及び本規約は、本認証サービスの変更に伴い変更される場合があります。  
4. 利用申込者は、本認証サービスの利用の申請等に伴い本サービスに提供した書類等やそれに記載された個人情報の内容を、当会並びに本認証サービスの業務の用に供することに同意しなければなりません。  
5. 本認証サービスを利用する場合、利用者はCPSおよび本規約に同意する必要があります。

第2条 (サービス内容)  
1. 本会が運用する日本薬剤師会認証局(以下、「本認証局」という。)は、CPSおよび本規約に同意した利用者からの利用申込みにより加入者証明書を発行します。  
2. 本認証局は、加入者証明書の発行に併せ、券面に薬剤師であることを証する記載を行った証明書格納媒体(ICカード)(以下、「薬剤師資格証」という。)を発行します。  
3. 本認証局は、CPS及び本規約に同意した利用者に対して、利用者に対して、加入者証明書として、2つの署名用証明書と、1つの認証用証明

利用規約に同意する。

戻る

メール送信

公益社団法人 日本薬剤師会

入力したメールアドレスに以下のような内容のメールが届きます

メールアドレス登録完了のお知らせ

ご利用頂き誠にありがとうございます。  
メールアドレス登録が完了いたしましたのでお知らせいたします。

下記URLより本申請申し込み手続きが行えますので、  
アクセスを宜しくお願い致します。

↓クリックする

[https://hpki.nichiyaku.or.jp/300\\_ConsentConfirm/ConsentConfirm.aspx?](https://hpki.nichiyaku.or.jp/300_ConsentConfirm/ConsentConfirm.aspx?)

<mailto:hpki@nichiyaku.or.jp>

\*上記URLの有効期限は、メールの送信時間より30分以内となっていますので注意下さい。

申請書類確認で確認した申請区分を以下から選択してください。

**A : 新規申請**

B : 継続申請

C-1 : 再発行 (破損)

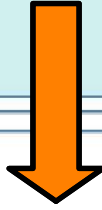
C-2 : 再発行 (券面・証明書変更)

C-3 : 再発行 (失効後)

D-1 : 再発行 (紛失)

D-2 : 再発行 (券面・証明書変更)

D-3 : 再発行 (失効後)



申請書提出の際に必要な書類を確認いたします。  
当てはまる選択肢をクリックしてください。  
チェックを入れた選択肢から必要書類を表示します。

薬剤師資格証に併記したい姓名を以下から選択してください。注) 現姓記載は必須です。

選択肢

- 無い (現姓のみ)
- 旧姓・旧名
- 通名

申請時に複写を送付する予定の本人確認書類を以下から選択してください。

選択肢

- 日本国旅券 (有効期限内のもの)
- 運転免許証 (有効期限内のもの)
- 住基カード(写真付、有効期限内のもの)
- マイナンバーカード (有効期限内のもの)
- 官公庁身分証明書 (張替え防止措置済みの写真付、有効期限内のもの)

上記の送付頂く本人確認書類は有効期限内ですか？  
以下から選択してください。

選択肢

- はい
- いいえ

上記の送付して頂く本人確認用の書類に記載されている姓名を以下から選択してください。

選択肢

- 現姓 (本名)
- 旧姓・旧名
- 通名

ご用意していただく薬剤師免許証に記載されている姓名を以下から選択してください。

選択肢

- 現姓 (本名)
- 旧姓・旧名
- 通名

「申請前の準備」で選択した内容どおりにチェックを入れてください  
(変更があると、必要書類の内容も変わるので注意)

戻る

次へ

あなたの必要書類は以下になります。  
以下を確認してください。

1. 発行申請書
2. 住民票（発行日から6ヶ月以内かつ、個人番号(マイナンバー)が記載されていないもの、複写不可）
3. 運転免許証（有効期限内のもの）の複写
4. 薬剤師免許証の複写
5. 顔写真（6ヶ月以内のもの）

用意している必要書類の内容と相違ないか確認して

チェックボタン

発行申請書以外の必要書類が全て揃ってましたらチェックを入れてください。

なお、顔写真は6ヶ月以内に撮影したパスポートサイズのもので、  
パスポート申請と同じ基準で撮影された顔写真が必要です。

詳細は、外務省等のホームページをご覧ください。

外務省HP（参考）：[http://www.mofa.go.jp/mofaj/toko/passport/ic\\_photo.html](http://www.mofa.go.jp/mofaj/toko/passport/ic_photo.html)

もし、用意できていない場合は必要書類を全て用意してから申請書類作成へ進んでください。

戻る

申請書類作成へ



申請区分「A：新規申請」の申請情報入力ページです。

以下入力欄に必要情報を入力してください。

グレーで入力できない欄につきましては入力不要の項目となります。

※MacOS 10.11以降の場合は文字入力設定のライブ変換をoffとしないと氏名入力欄での自動全角カナ変換が正常に出来ません。

【申請者登録情報】

氏名	漢字	必須 全角文字	姓	<input type="text"/>	名	<input type="text"/>
	フリガナ	必須 全角カナ	姓	<input type="text"/>	名	<input type="text"/>
	カナ→ローマ字表記変換 ←フリガナ入力後クリック					
	ローマ字	必須 半角英字	姓	<input type="text"/>	名	<input type="text"/>
生年月日	必須	<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	月	<input type="text"/>
性別	必須	<input type="radio"/> 男性 <input type="radio"/> 女性				
住民票記載住所	郵便番号	必須 半角数字	<input type="text"/>			
	都道府県	必須	<input type="text"/>			
	市区町村	必須 全角文字	<input type="text"/>			
	番地・その他	必須 全角文字	<input type="text"/>			
薬剤師名簿登録番号	必須 半角英数字	第	<input type="text"/>	号	←外国籍の方は数字の頭に「F」を付けて下さい 例:F1234	
薬剤師名簿登録年月日	必須	<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	月	<input type="text"/>
日本薬剤師会会員区分	必須	<input type="radio"/> 会員 <input type="radio"/> 入会手続き中（手続き後3か月以内） <input type="radio"/> 非会員				
受取薬剤師会	都道府県	必須	<input type="text"/>	地域薬	必須	<input type="text"/>

佐賀市薬剤師会  
 神埼薬剤師会  
 鳥栖三養基薬剤師会  
 唐津東松浦薬剤師会  
 伊万里有田薬剤師会  
 鹿島藤津薬剤師会  
 多久小城(うしづの薬局)  
 多久小城(けんけん薬局)  
 多久小城(虹の薬局多久店)  
 武雄杵島(めぐり薬局)  
 武雄杵島(けんこう薬局)  
 武雄杵島(スカイメディカルたけお薬局)  
 武雄杵島(ヤマト薬局)

多久小城、武雄杵島以外の地域薬で複数の交付窓口が設置されている場合は、ここでは薬剤師会名しか選択できません。  
 具体的な交付窓口は、交付案内時に各地域薬と個別に調整を行うことになります。

【薬剤師資格証の記載氏名及び送付先】

薬剤師資格証記載氏名	必須	<input type="radio"/> 現姓（本名） <input type="radio"/> 旧姓・旧名 <input type="radio"/> 通名				
	必須	<input type="radio"/> 住民票記載住所 <input type="radio"/> 交付案内等送付先住所				
交付案内等送付先	郵便番号	必須 半角数字	<input type="text"/>			
	都道府県	必須	<input type="text"/>			
	市区町村	必須 全角文字	<input type="text"/>			
	番地・その他	必須 全角文字	<input type="text"/>			
	組織名	全角文字	全角文字	<input type="text"/>		
	部署名	全角文字	全角文字	<input type="text"/>		

【連絡先】

	必須	<input type="radio"/> 住民票住所と同じ <input type="radio"/> 薬剤師資格証送付先と同じ <input type="radio"/> 連絡先住所				
連絡先住所	郵便番号	必須 半角数字	<input type="text"/>			
	都道府県	必須	<input type="text"/>			
	市区町村	必須 全角文字	<input type="text"/>			
	番地・その他	必須 全角文字	<input type="text"/>			
	組織名	全角文字	全角文字	<input type="text"/>		
	部署名	全角文字	全角文字	<input type="text"/>		
電話番号	必須 半角数記号	<input type="text"/>				
FAX番号	半角数記号	XXXX-XX-XXXX				
メールアドレス	必須 半角英数記号	<input type="text"/>				

注意書き

- 発行申請書の姓名と住民票の姓名は一致していますか？
- 発行申請書の住所と住民票の住所は一致していますか？
- 性別のチェックを間違えていませんか？
- 生年月日の入力ミスはありませんか？

入力内容に間違いがないか確認して

【申請情報】

現薬剤師資格証 カードID	修正
------------------	----

【申請者登録情報】

氏名	漢字	
	フリガナ	
	ローマ字	
生年月日		
性別		
住民票記載住所	郵便番号	
	都道府県	
	市区町村	
	その他・番地	
薬剤師名簿登録番号	第 号	←外国籍の方は「Fnnnn」と表示されます。 例:F1234
薬剤師名簿登録年月日	年 月 日	
受取薬剤師会	都道府県	佐賀
	支部	
修正		

必要があれば各項目で修正をしてください

【薬剤師資格証の記載氏名及び送付先】

薬剤師資格証 記載氏名 現姓（本名）	漢字	
	フリガナ	
	ローマ字	
交付案内等 送付先	郵便番号	
	都道府県	
	市区町村	
	その他・番地	
	組織名	
	部署名	
	修正	

【連絡先】

連絡先住所	郵便番号	
	都道府県	
	市区町村	
	その他・番地	
	組織名	
電話番号		
FAX番号		
メールアドレス		
修正		

注意書き

- ・発行申請書の姓名と住民票の姓名は一致していますか？
- ・発行申請書の住所と住民票の住所は一致していますか？
- ・性別のチェックを間違えていませんか？
- ・生年月日の入力ミスはありませんか？

確認しました

修正 次へ



## 日本薬剤師会認証局 WEB申請書作成支援サービス

### 注意事項

ダウンロードする申請書は以下になります。

- 1枚目：注意書き
- 2枚目：チェックシート
- 3枚目：申請書

1. ダウンロードしていただいた**注意書き内容**をよくご覧いただきますようお願いいたします。
2. 申請書には手書きで**暗証番号**をお書きいただく欄がございますのでお忘れないうよろしくお願い致します。
3. 申請書に**写真の貼り忘れ**がないように宜しくお願い致します。
4. 申請書の署名欄に**署名**をお書きいただく欄がございますのでお忘れないうよろしくお願い致します。

申請書ダウンロード

公益社団法人 日本薬剤師会

## 日本薬剤師会認証局 WEB申請書作成支援サービス

薬剤師資格証の申請が完了いたしました。

ダウンロードが完了するまでお待ちください。

ダウンロードが完了しましたら保存を行い、印刷をするようお願い致します。

以後の手順は、申請書に必要事項を追加記入した上、必要書類等を揃えて指定の宛先に送付する形となります。

なお、詳しい手順は、ダウンロードした書類をご覧ください。

この他、ご不明な点は、以下までお問い合わせください。

hpki@nichiyaku.or.jp

TOP画面へ戻る

公益社団法人 日本薬剤師会

お使いの端末（パソコン）に申請書のPDFファイルがダウンロードされます

ファイル名：JPA\_2022(●●●●●●●●)2022(●●●●●●●●)3(●●●●●●●●)

ダウンロードした 西暦 年月 西暦 年月 時間

印刷して、必要事項の記入をしてください

以下、印刷物のイメージ

## ☆☆☆ これから行うこと ☆☆☆

- 書類への追記、内容の再チェック等
  - 申請書の記載事項(氏名、住民票記載住所、薬剤師名簿登録番号、薬剤師名簿登録年月日、交付案内等送付先住所、メールアドレス等)に誤りがないか、再確認を行う。
    - ※ 交付案内等送付先住所には、身分証明書に記載された住所を指定することを強くお勧めします。  
認証局から、申請者宛に本人受取限定郵便(特例型)で資料等をお送りする可能性があります。異なる住所での受け取りも可能(日本郵便株式会社本社に確認済み)ですが、詐欺事件の予防等に鑑み、本人確認業務の一環として、身分証明書以外の書類や名刺の提示を求められるほか、追加質問等が行われる場合があります。
      - ※ 申請書に誤りがあった場合、最初から作り直して下さい。
  - 申請書に、**暗証番号の記入**と**署名**、**顔写真貼付**を行う。
    - ※ 暗証番号は必ず手元に控え、他人に知られないよう安全に保管して下さい。
    - ※ 署名欄の訂正はできません(押印した訂正も不可です)。
- 取揃えた書類の確認等
  - 必要な書類が揃っており、かつ、**有効期限内**であることを確認する。
    - ※ 運転免許証等の本人確認書類は、受取時にも必要になります。申請時と受取時の両方で、原則、同一の本人確認書類を使用することとなります。
  - 住民票やマイナンバーカードの複写にマイナンバーが含まれていないことを確認する。
    - ※ 含まれている場合、提出前に黒マジック等で塗りつぶして下さい。
  - 別紙(宣言書等が記載されたもの)にも行うことが記載**されていますので、ご参照ください。
- 申請窓口への郵送
  - 送付先は、別紙に記載してあります。別紙の指示に従うとともに、書き間違いを防ぐため、別紙の宛先部分をキリトリ、封筒に貼って提出してください。
- 審査結果メールの受領
  - 日本薬剤師会より後日、登録されたメールアドレス宛に審査結果、並びに、費用の支払い案内が送信されますので確認してください。
- 費用の支払い等
  - クレジットカード決済またはコンビニ払いで費用を支払う。
    - ※ 審査結果メールの指示に従い、発行可能となった場合は費用をお支払い下さい。
- 都道府県薬剤師会等から「交付案内」が届く
  - 交付案内は、原則、葉書が届きます。
- 都道府県薬剤師会等に薬剤師資格証を取りに行く
  - 受取りには、薬剤師資格証に記載された氏名とその氏名が記載された運転免許証等の本人確認書類が必要です。なお、薬剤師資格証の氏名が旧姓・通名等併記の際は、それらのみが記載された本人確認書類でも構いません。
    - ・ 代理人が受け取ることはできません。
- セカンド電子証明書とスマートフォン等を連携する
  - セカンド電子証明書とスマートフォン等の連携の詳細については、日本薬剤師会HPKI認証局のホームページ(<https://www.nichiyaku.or.jp/hpki/>)をご参照ください。



## 日本薬剤師会認証局 薬剤師資格証 申請に必要な書類等のチェックリスト

薬剤師資格証 申請書作成支援サービスにて入力して頂いた情報を元に、必要な書類等を以下に表示させていただきます。

申請時の書類に漏れがないよう、

**「③必要書類」のチェック欄でチェックを実施して下さい。**

また、申請書類を郵送する際には、このチェックリストも郵送してください。

## 【申請者氏名】

①現姓名   様

②旧姓名または通名

## 【確認内容】

①申請区分 A: 新規

②WEB申請ID JPA  

## ③必要書類

以下チェック項目にチェックをつけて頂き、ご用意頂いた書類の再確認をお願い致します。

## 申請者使用欄

## 事務欄

- |   |                          |
|---|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> 発行申請書  | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 申請書に自署を記載しましたか                                 | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 暗証番号を記載しましたか                                   | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 顔写真を貼付しましたか                                    | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 住民票(発行日から6ヶ月以内かつ、個人番号(マイナンバー)が記載されていないもの、複写不可) | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 運転免許証(有効期限内のもの)の複写                             | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 薬剤師免許証の複写(裏書がある場合は裏面のコピーも必要)                   | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> このチェックリスト                                      | <input type="checkbox"/> |

**用意した書類、作成した申請書を確認してチェックを入れる  
このチェックリストも申請書と一緒に送付する**

## 【お問い合わせ】

日本薬剤師会認証局 登録事務局

hpki@nichiyaku.or.jp



### ① 申請情報

申請日	2022/10/19										
申請区分	A:新規										
カードID	JPA										

以下の枠内に申請者氏名を自署してください

申請者氏名\*  
(自署)  
(本名・現姓)

※継続・再発行の場合はカードIDが記入されます。

### ② 申請者登録情報

氏名	フリガナ	セイ		メイ	
	漢字	姓		名	
	ローマ字	Sur Name		Given Name	
生年月日	年 月 日			性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
住所 <small>住民票記載住所</small>	〒 - 県 市 町				
薬剤師名簿 登録番号	第		号	薬剤師名簿 登録年月日	年 月 日
日本薬剤師会 会員区分	<input type="checkbox"/> 会員 <input type="checkbox"/> 非会員 <input type="checkbox"/> 入会手続き中			受取薬剤師会	

### ③ カード発行関連情報

暗証番号	<div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 40px; height: 20px; background-color: yellow;"></div> <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 40px; height: 20px; background-color: yellow;"></div> <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 40px; height: 20px; background-color: yellow;"></div> <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 40px; height: 20px; background-color: yellow;"></div>					カードを利用するための暗証番号です。 任意の数字4桁を記入ください。 暗証番号は「0000」や「生年月日」などを使わないようにしてください。
薬剤師資格証 記載氏名	<input checked="" type="checkbox"/> 現姓(本名)のみ <input type="checkbox"/> 旧姓・旧名併記 <input type="checkbox"/> 通名併記					
併記される氏名	フリガナ	セイ		メイ		
	漢字	姓		名		
	ローマ字	Sur Name		Given Name		
交付案内等 送付先住所	<input type="checkbox"/> 申請者住民票住所と同じ <input type="checkbox"/> その他住所					
	〒 - 県 市 町					
	(組織名) (部署名)					

### ④ 連絡先住所

連絡先住所	<input type="checkbox"/> 申請者住民票住所と同じ <input type="checkbox"/> 交付案内等送付先住所と同じ <input type="checkbox"/> その他住所				
	〒 - 県 市 町				
	(組織名) (部署名)				
電話番号		FAX番号			
メールアドレス					

私は以下の内容を確認し、日本薬剤師会認証局に薬剤師資格証を申し込みます。  
 ・『日本薬剤師会認証局運用規程(CPS)』及び『日本薬剤師会認証局利用規約』に同意します。  
 ・顔写真、氏名、生年月日、薬剤師名簿登録番号が薬剤師資格証の券面に記載されることに同意します。

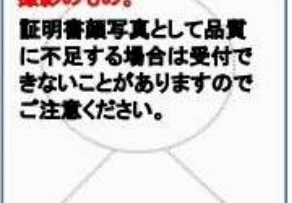
#### ◆認証局使用欄

WEB申請ID	JPA_
◆受付確認欄	
確認日	

受付番号	
◆日本薬剤師会確認欄	
確認日	
照査日	

**写真**

正面、無背景、6カ月以内撮影のもの。  
 証明書類写真として品質に不足する場合は受付できないことがありますのでご注意ください。



**パスポートサイズ**  
35mm × 45mm

**管理薬剤師の方は、この用紙の上部の宣誓書に署名し、切り取り線の上部分を他の書類と一緒に送付してください。送付無き場合は薬剤師資格証の発行が遅れる可能性があります。**  
送付先は下部に記載してありますので、適宜切り取って封筒に貼付してください。  
多くの薬局で、電子処方箋を受付できるようにするため、当面の間、管理薬剤師への発行を最優先し、次に各薬局で2名の薬剤師が薬剤師資格証を利用できる体制を目指しています。  
個人情報保護法等に則った運営を実施している企業に申請書類の取扱いを委託していること、また、配達時の紛失等を防ぐため、送付先は熊本中央郵便局留としています。

## 宣誓書(管理薬剤師用)

私はオンライン資格システムを導入済み、または顔認証付きカードリーダーの申込みが完了している薬局の管理薬剤師として申請します。

薬局名

署名

※ 事実と異なる宣誓をされた場合や宣誓書を同封されない場合、薬局以外に勤務している薬剤師として対応いたしますので、薬剤師資格証の発行が遅れます。

**管理薬剤師の方は、このページの宣誓書を一緒に送付してください。  
取得費用補助の対象となります。  
切り取り線以下は、郵送時の宛名として利用してください。**

----- 切り取り線 -----

860-8799

熊本中央郵便局留

860-0806 熊本県熊本市花畑4-7  
朝日新聞第一生命ビルディング4階 株式会社電算内

日本薬剤師会認証局 管理薬剤師係 御中



**薬局の2人目として申請される方は、この用紙の上部の宣誓書に署名し、切り取り線の上部分を他の書類と一緒に送付してください。送付無き場合は薬剤師資格証の発行が遅れる可能性があります。**

送付先は下部に記載してありますので、適宜切り取って封筒に貼付してください。  
多くの薬局で、電子処方箋を受付できるようにするため、当面の間、管理薬剤師への発行を最優先し、次に各薬局で2名の薬剤師が薬剤師資格証を利用できる体制を目指しています。  
個人情報保護法等に則った運営を実施している企業に申請書類の取扱いを委託していること、また、配達時の紛失等を防ぐため、送付先は熊本中央郵便局留としています。

## 宣誓書(薬局の2人目用)

私はオンライン資格確認システムを導入済み、または顔認証付きカードリーダーの申し込みが完了している薬局の2人目の薬剤師として申請いたします。

薬局名

署名

※ 事実と異なる宣誓をされた場合や宣誓書を同封されない場合、薬局以外に勤務している薬剤師として対応しますので、薬剤師資格証の発行が遅れます。

**2人目の方は、このページの宣誓書を一緒に送付してください。**

**取得費用補助の対象となります。**

**なお、当面は管理薬剤師以外で交付が優先されるのは、この宣誓書を提出された方1名のみとなります。**

**切り取り線以下は、郵送時の宛名として利用してください。**

切り取り線

860-8799

熊本中央郵便局留

860-0806 熊本県熊本市花畑4-7  
朝日新聞第一生命ビルディング4階 株式会社電算内

日本薬剤師会認証局 2人目申請係 御中



**薬局の3人目以降として申請される方は、この用紙の上部の宣誓書に署名し、切り取り線の上部分を他の書類と一緒に送付してください。送付無き場合は薬剤師資格証の発行が遅れる可能性があります。**

送付先は下部に記載してありますので、適宜切り取って封筒に貼付してください。  
多くの薬局で、電子処方箋を受付できるようにするため、当面の間、管理薬剤師への発行を最優先し、次に各薬局で2名の薬剤師が薬剤師資格証を利用できる体制を目指しています。  
個人情報保護法等に則った運営を実施している企業に申請書類の取扱いを委託していること、ま

## 宣誓書(薬局の3人目以降用)

私はオンライン資格確認システムを導入済み、または顔認証付きカードリーダーの申し込みが完了している薬局の3人目以降の薬剤師として申請いたします。

薬局名

署名

※ 事実と異なる宣誓をされた場合や宣誓書を同封されない場合、薬局以外に勤務している薬剤師として対応しますので、薬剤師資格証の発行が遅れます。

3人目以降の方は、このページの宣誓書を一緒に送付してください。  
取得費用補助の対象となります。  
なお、交付優先対象外のため、交付については来年度以降となります。  
切り取り線以下は、郵送時の宛名として利用してください。

----- 切り取り線 -----

860-8799

熊本中央郵便局留

860-0806 熊本県熊本市花畑4-7  
朝日新聞第一生命ビルディング4階 株式会社電算内

日本薬剤師会認証局 3人目以降申請係 御中

**薬局に勤務されていない方等、補助金の対象外※の方は、この用紙の上部の宣誓書に署名し、**  
切り取り線の上部分を他の書類と一緒に送付してください。

※ 補助金対象外: ①薬局に勤務されていない方、②薬局に勤務しているが、その薬局が「オンライン資格確認システム」を導入していない、または顔認証付きカードリーダーの申し込みをしていない薬局の場合。

送付先は下部に記載してありますので、適宜切り取って封筒に貼付してください。  
多くの薬局で、電子処方箋を受付できるようにするため、当面の間、管理薬剤師への発行を最優先し、次に各薬局で2名の薬剤師が薬剤師資格証を利用できる体制を目指しています。  
個人情報保護法等に則った運営を実施している企業に申請書類の取扱いを委託していること、また、配達時の紛失等を防ぐため、送付先は熊本中央郵便局留としています。

## **宣誓書(補助金対象外(主に薬局勤務者以外)の方用**

私はHPKIカードの発行費用の補助金の対象外であることを理解した上で申請いたします。

署名 

顔認証付きカードリーダーの申込みが完了していない薬局に勤務している方、薬局以外に勤務の方、無職の方は、このページの宣誓書を一緒に送付してください。取得費用補助の対象外となります。  
なお、交付優先対象外のため、交付については来年度以降となります。  
切り取り線以下は、郵送時の宛名として利用してください。

-----切り取り線-----

860-8799

熊本中央郵便局留

860-0806 熊本県熊本市花畑4-7  
朝日新聞第一生命ビルディング4階 株式会社電算内

日本薬剤師会認証局 薬剤師(一般)係 御中



# 日薬HPKI認証局での発行審査が終了し、発行準備が整うと以下の内容のメールが届きます

差出人: 日薬HPKI認証局 <hpki-payment@nichiyaku.or.jp>

送信日時: 2019年5月22日 14:46

宛先: <[redacted]>

件名: 決済手続きのご案内

様

この度は薬剤師資格証の発行申込みありがとうございました。

日薬HPKI認証局での発行審査が終了し、薬剤師資格証の発行準備が整いました。

つきましては、薬剤師資格証の費用のお支払いをお願いいたします。以下の内容をご確認の上、お支払い手続きにお進みください。

※薬剤師資格証は、入金確認後の印刷・郵送となります。

## ■ご請求内容

請求元名 : 日本薬剤師会 H P K I 認証局  
ご請求内容 : 薬剤師資格証 新規発行  
金額 : [redacted]  
税送料 : 0  
決済総額 : [redacted]  
通貨コード : JPY  
通貨名 : 日本円  
請求番号 : [redacted]  
メールアドレス : [redacted]  
備考欄1 :  
備考欄2 :  
備考欄3 :  
問合せ先 : 日薬HPKI認証局 登録事務局  
問合せ先電話番号 : 03-3353-1193  
問合せ先受付時間 : 09:00-17:00  
問合せ先メールアドレス : hpki@nichiyaku.or.jp

\*\*\*\*\*

お支払い手続きの手順について

\*\*\*\*\*

下記リンク先にアクセスして、内容・お支払い金額等をご確認ください。  
確認後、ご利用される決済手段を選択し、必要事項のご入力をお願いします。

[https://p01.mul-pay.jp/link/\[redacted\]](https://p01.mul-pay.jp/link/[redacted])  
(上記URLの有効期限: 期限無し)

■請求書につきまして  
請求書の発行は承っておりません。  
※本メールを代わりとしてご利用ください。

■領収書につきまして  
領収書の発行は承っておりません。

※下記を代わりとしてご利用ください。

【クレジット決済】: クレジットカード会社のご利用明細書

【コンビニ決済】: コンビニエンスストアで発行される「受領明細書」

※本メールは送信専用アドレスより送信しております。  
本メールへ返信頂いても回答致しかねますのでご了承下さい。

※お問合せは恐れ入りますが上記問い合わせ先をお願いいたします。

※本メールにお心当たりがない場合、破棄願います。

このリンク先で「クレジット決済」か「コンビニ決済」の支払い方法の選択をします。  
「コンビニ決済」の場合は、宛先の入力、どのコンビニで支払うかの選択をします。  
宛先に会社等の名称を入力することで、発行される明細書に反映されますので、精算が必要な方は「コンビニ決済」の方をおすすめします。



# コンビニ決済を選択した場合

手続き

ショッピングサイトに戻る < お支払方法の選択 > 必要事項を記入 > お支払方法のご案内

コンビニエンスストア決済の必要事項をご記入ください。

ご利用するコンビニの選択	<input type="text" value="デイリーヤマザキ"/>
氏名	<input type="text"/>
フリガナ	<input type="text"/>
電話番号	<input type="text"/>
ご連絡先メールアドレス	<input type="text"/>

決済する

支払いに使用する  
→コンビニの選択をする  
→精算に使用する個人名または  
会社名などを入力する

→入力したアドレスに支払い情報  
のメールが届きます

ご利用内容

予約番号	
会員番号	
お品代	円
税送料	0円
お支払合計	円

以下、ローソン/ミニストップを選択した場合の例

ショッピングサイトに戻る < 必要事項を記入 > お支払方法のご案内

コンビニエンスストアお支払い申し込みが完了しました。下記の手順でお支払いください。  
お支払いの際、このページに記載された番号が必要になります。メモを取るか、このページを印刷して  
お持ちください。

ローソン/ミニストップでお支払いの場合

お客様番号

確認番号

支払期限

支払いに必要な情報です。  
印刷するなどして控えを  
とってください。  
後ほど送られてくるメール  
にも、同様の内容が記載  
されています。

お支払いの前にお読みください

- Loppiのあるローソン、またはミニストップ全店でお支払いいただけます。  
Loppiで申込券を発行してから30分以内にレジでお支払いください。
- お支払いの際、お客様番号と確認番号が必要です。  
メモを取るか、このページを印刷して、コンビニまでお持ちください。
- 取扱明細兼受領書が領収書となりますので、お支払い後必ずお受け取りください。

※30万円を超えるお支払いはできません。

※コンビニ店頭でのお支払いには楽天Edyはご利用いただけません。現金でお支払いください。

1. トップページより「各種番号をお持ちの方」を選択してください。
2. お客様番号を入力し「次へ」を選択してください。
3. 確認番号を入力し、「次へ」を選択してください。
4. 表示される内容を確認のうえ、「はい」を選択してください。
5. 印刷された申込券をレジに渡し、30分以内に現金でお支払いください。
6. お支払い後、「取扱明細兼受領書」を必ずお受け取りください。

ショッピングサイトに戻る

このページは再表示できません。

お支払いに必要な番号のメモをお取りになるか、このページを印刷しましたか？

入力したアドレスに以下の内容のメールが届きます

コンビニ決済お支払番号のお知らせ  



決済サービス送信専用アドレス <system@p01.mul-pay.com>

宛先: **入力した会社等の名称**

**入力した会社等の名称** 様

この度はご購入ありがとうございます。

下記の内容にてお申し込みを受け付けましたのでご確認の上、お支払期限までにお近くのコンビニエンスストアにてお支払ください。

#### ■ご指定のコンビニエンスストア

ローソン

#### ■ご注文内容

店舗（サイト）名：日本薬剤師会HPKI認証局

受付日時： 

価格：  円

お支払期限： 

※お支払いの際、お客様番号と確認番号が必要です。

メモを取るか、このメールを印刷して、コンビニエンスストアまでお持ちください。

#### ■Loppiでのお支払い方法

お客様番号：



確認番号：



支払いに必要な情報です。  
印刷するなどして控えを  
とってください。  
(前項の内容と同じ)

1. トップページより「各種番号をお持ちの方」を選択してください。
2. お客様番号を入力し、「次へ」を選択してください。
3. 確認番号を入力し、「次へ」を選択してください。
4. 表示される内容を確認のうえ、「はい」を選択してください。
5. 印刷された申込券をレジに渡し、30分以内に現金でお支払ください。
6. お支払い後、「取扱明細書兼領収書」を必ずお受け取りください。

**支払期限がありますのでご注意ください**

## クレジット決済を選択した場合

### 日本薬剤師会HPKI認証局 お支払手続き

ショッピングサイトに戻る < お支払方法の選択 > **必要事項を記入** > お支払手続き完了

クレジットカード決済の必要事項をご記入ください。

お支払い方法	<input type="text" value="選択してください"/>
分割回数 お支払い方法が分割の場合、必ず選択してください。	分割はご利用になれません。
カード番号 ハイフンなしで、数字のみご記入ください。	<input type="text"/>
カード有効期限	<input type="text" value="月"/> 月 <input type="text" value="年"/> 年
セキュリティコード	<input type="text"/>

→ 支払いに使用する  
クレジットカード  
会社の選択をする

ご利用内容

お品代	3,300円
税送料	0円
お支払合計	3,300円

領収証は発行されませんので、クレジットカードのご利用明細書を領収証として利用してください



# 明細書見本

※コンビニによっては、レイアウトが異なる可能性があります

コンビニ支払い (PG) 取扱明細書兼領収書 (お客様控え) 1/1

165913  
2019年05月31日 15時51分 お支払い金額 円

員番号  
名  
1 認証局

入力した会社等の名称

検収印  
165913  
19,531  
円

収納代行会社  
GMOペイメントゲートウェイ株式会社  
東京都渋谷区道玄坂1-14-6  
ヒューマックス渋谷ビル  
申込No. 1659171515709997

返金は当店ではお受けできません。お支払内容に関しては下記へお問い合わせください。  
お問い合わせ先: 日薬HPKI認証局 登録事務局  
電話: 03-3353-1193  
受付時間: 09:00-17:00

この明細書は大切に保管してください。

## 支払い手続き完了のメールが届きます

差出人: 日薬HPKI認証局 <hpki-payment@nichiyaku.or.jp>

送信日時: 2019年5月31日 16:04

宛先: <>

件名: お支払い手続き完了のお知らせ

様

この度は薬剤師資格証の費用をお支払いいただき、  
ありがとうございました。

下記の内容のお支払い手続きが完了しました。

### ■ご請求内容

請求元名 : 日本薬剤師会HPKI認証局  
ご請求内容 : 薬剤師資格証 新規発行  
金額 :  
税送料 : 0  
決済総額 :  
通貨コード : JPY  
通貨名 : 日本円  
請求番号 : 2019  
メールアドレス :  
備考欄1 :  
備考欄2 :  
備考欄3 :  
問合せ先 : 日薬HPKI認証局 登録事務局  
問合せ先電話番号 : 03-3353-1193  
問合せ先受付時間 : 09:00-17:00  
問合せ先メールアドレス : hpki@nichiyaku.or.jp  
入金日付 : 2019/05/31 15:53:00

資格証の交付準備が整い次第、申請時に選択した地域薬剤師会の  
交付窓口より連絡が届きます。担当者を受取日時調整をして、  
本人確認書類等を持って窓口まで受取に行かれてください。