［日本医師会 入会申込書］記入上の注意

1．入会申込書は、日本医師会への新規入会や、「郡市区・その他の医師会」を変更した場合にご提出ください。ただし、同一の郡市区・その他の医師会内で施設を異動した場合は、異動報告書をご提出ください。
2．入会申込書は、４枚複写（日本医師会用、都道府県医師会用、郡市区・その他の医師会用、本人控）です。ボールペンを使用してはっきりと記入してください。
3．捺印は、１・２・３枚目（合計３箇所）にお願いいたします。
4．本人控（４枚目）は、退会時まで大切に保管してください。
5．入会申込書の記入内容に変更が生じた場合は、異動報告書をご提出ください。
6．記入いただいた個人情報の利用目的は、ホームページ等によりご確認ください。
7．入会申込書は郡市区・その他の医師会及び都道府県医師会を経由し、本会に送られます。

「1.入会区分」は、あてはまる番号を○で囲んでください。
1．初めて日本医師会へ入会する方です。
2．医師会の異動、留学などによる再入会の方です。期間があいていても、以前日医に入会したことがある方も含みます。
3．複数の施設で従事している方で２箇所目以降の入会の方です。

「6.会員」の「日医」は、あてはまる欄を○で囲んでください。
A①　：病院・診療所の開設者、管理者およびそれに準ずる会員
A②Ⓑ：上記A①会員およびA②会員Ⓒ以外の会員
A②Ⓒ：医師法に基づく研修医
B　：上記A②会員Ⓑのうち日本医師会医師賠償責任保険加入の除外を申請した会員
C　：上記A②会員Ⓒのうち日本医師会医師賠償責任保険加入の除外を申請した会員

「12.開設主体」は、所属する施設の開設主体を下記の表から選び、番号を記入してください。

国立	01	国	省庁、国立大学法人、独立行政法人およびその他の国の機関が開設するもの
公的医療機関	02	都道府県	都道府県および都道府県一部事務組合が開設するもの
	03	市町村	市町村、市町村一部事務組合が開設するもの
	04	日赤	日本赤十字社が開設するもの
	05	済生会	社会福祉法人恩賜財団済生会が開設するもの
	06	その他	北海道社会事業協会、厚生連、国民健康保険団体連合会などが開設するもの
社会保険関係団体	07	社会保険関係団体	健康保険組合およびその連合会、共済組合およびその連合会、国民健康保険組合などが開設するもの
法人	08	公益法人	公益社団法人又は公益財団法人が開設するもの
	09	医療法人	医療法第39条の規定に基づく法人（一人医師医療法人を除く）が開設するもの
	10	一人医師医療法人	医療法第39条の規定に基づく法人の内、医師が常時一人又は二人勤務する診療所が開設するもの
	11	学校法人	私立学校法第３条の規定に基づく法人が開設するもの
	12	会社	会社が開設するもの（会社の健康保険組合が開設するものを除く）
	13	その他	一般社団法人又は一般財団法人、済生会を除く社会福祉法人、医療（保健）生活協同組合、宗教法人等が開設するもの
個人	14	個人	個人が開設するもの
その他	15	その他	上記のいずれにも該当しない（保健、医療、福祉関係以外の場合）
	99	無	無職の方

「13.施設・業務」は、所属する施設と業務の種類を下記の表から選び、番号を記入してください。

診療所	11	開設者または法人（一人医師医療法人を含む）の代表者で管理者を兼ねる医師
	12	開設者または法人（一人医師医療法人を含む）の代表者で管理者を兼ねない医師
	13	勤務する者で管理者の医師
	14	11～13以外で勤務する医師
病院（除く医育機関附属病院）	21	開設者または法人の代表者で管理者を兼ねる医師
	22	開設者または法人の代表者で管理者を兼ねない医師
	23	勤務する者で管理者の医師
	24	21～23以外で勤務する医師
医育機関附属の病院	31	法人の代表者で管理者を兼ねる医師
	32	法人の代表者で管理者を兼ねない医師
	33	勤務する者で管理者の医師
	34	31～33以外で臨床系医師（医員、臨床研修医、臨床系の大学院生）
介護老人保健施設	41	開設者または法人の代表者で管理者を兼ねる医師
	42	開設者または法人の代表者で管理者を兼ねない医師
	43	勤務する者で管理者の医師
	44	41～43以外で勤務する医師
衛生行政機関	54	国、県、市、保健所等の衛生行政機関に勤務する医師
保健衛生施設	64	市町村保健センター、支払基金、血液センター、会社等の保健衛生施設に勤務する医師
研究施設	74	研究施設に勤務する医師（会社立を含む）および医育機関に勤務する31～34以外の医師
介護老人福祉施設	84	開設者または勤務する医師
その他の施設	88	上記のいずれにも該当しない施設に従事する医師
無	99	無職の方

記入例

入会申込書

※「記入上の注意」にそって、かならずご本人が記入してください。数字は右詰で記入してください。

日本医師会用

入会年月日（医師会使用欄）：令和 2 年 1 月 1 日

入会する医師会：日本医師会 ／ 東京 都道府県医師会 ／ ○○ 郡市区医師会・その他の医師会 ／（医師会使用欄）

「1」、「6」、「12」、「13」、「15」、「16」、「21」は「記入上の注意」をよく読んで、記入してください。
「7」は、都道府県知事に届け出た正式名称を記入してください。

1.入会区分：① 2 3
異動前の医師会（入会区分で２に○した方）：　都道府県：　郡市区医師会・その他の医師会：

2.医籍登録番号：第 999999 号

3.氏名：フリガナ ニチイ タロウ　（姓）日医　（名）太郎　印 日医

4.生年月日：1.明治 2.大正 ③昭和 4.平成 59 年 7 月 20 日　5.性別：①男 2.女

6.会員：日医 ①A② (B) A② (C) B C　都道府県：　郡市区その他：

7.所属施設名（正式名称）：フリガナ イリョウホウジン シャダン ニチイカイ ニチイ シンリョウジョ
医療法人社団 日医会 日医診療所

8.施設所在地：TEL 03 (3946) 2121　FAX 03 (3946) 6295
113-8621
東京 都道府県 文京区本駒込 2-28-16

9.自宅現住所：TEL 03 (3942) 6482　FAX 03 (3942) 6482
113-8621
東京 都道府県 文京区本駒込 2-28-16

10.文書送付先：①施設所在地 2.自宅現住所

11.電子メールアドレス：tnichii@po.med.or.jp

12.開設主体：10

13.施設・業務：11

14.病床の有無：①有 2.無　有床の場合・許可病床数：19 床

15.併設の施設：介護保険施設　その他（　　）

16.診療科名：主たる科名 01　② 13　③　④　⑤　⑥　⑦　⑧　⑨　⑩

17.出身校：○○大学医学部

18.卒業年月：1.明治 2.大正 3.昭和 ④平成 20 年 3 月

19.医籍登録日：1.明治 2.大正 3.昭和 ④平成 20 年 5 月 11 日

20.学位取得：1.明治 2.大正 3.昭和 4.平成　年　月

21.所属学会：① 017　② 018　③　④

22.指定医：保険医　母体保護法　精神保健　その他

H30.4

裏面につづく➡

「15. 併設の施設」は、
介護保険施設：介護老人福祉施設、介護老人保健施設。
その他：上記以外の施設の場合は、（　）に記入してください。

「16. 診療科名」は、本人が担当している診療科名（10科名まで）を、おもなものから順に選び番号を記入してください。
「主たる科名」欄には、一つ選んで記入して下さい。
また、該当する診療科目が選択番号にない場合は、最も近い診療科目の番号を選んで記入してください。

Ⅰ	01	内科	02	呼吸器内科	03	循環器内科	04	消化器内科（胃腸内科）	05	腎臓内科	06	神経内科	07	糖尿病内科（代謝内科）
	08	血液内科	09	皮膚科	10	アレルギー科	11	リウマチ科	12	感染症内科	13	小児科	14	精神科
	15	心療内科												
Ⅱ	20	外科	21	呼吸器外科	22	循環器外科（心臓・血管外科）	23	乳腺外科	24	気管食道外科	25	消化器外科（胃腸外科）	26	泌尿器科
	27	肛門外科	28	脳神経外科	29	整形外科	30	形成外科	31	美容外科	32	眼科	33	耳鼻いんこう科
	34	小児外科	35	産婦人科	36	産科	37	婦人科						
Ⅲ	50	リハビリテーション科	51	放射線科	52	麻酔科	53	病理診断科	54	臨床検査科	55	救急科		
Ⅳ	60	臨床研修医	61	全科	80	その他	99	無						

「21. 所属学会」は、日本医学会分科会のなかで所属している学会（4学会まで）を選び、番号を記入してください。
＊日本医学会分科会以外の学会に所属している場合は、「999」を選んでください。

（ア）		105	日本血管外科学会	081	日本心臓血管外科学会	029	日本皮膚科学会
042	日本アレルギー学会	104	日本血栓止血学会	055	日本人類遺伝学会	103	日本肥満学会
090	日本医学教育学会	031	日本口腔科学会	117	日本睡眠学会	123	日本病態栄養学会
032	日本医学放射線学会	098	日本高血圧学会	004	日本生化学会	006	日本病理学会
120	日本胃癌学会	036	日本公衆衛生学会	025	日本整形外科学会	109	日本プライマリ・ケア連合学会
001	日本医史学会	038	日本交通医学会	073	日本生殖医学会	094	日本平滑筋学会
079	日本移植学会	057	日本呼吸器学会	023	日本精神神経学会	122	日本ペインクリニック学会
049	日本医真菌学会	089	日本呼吸器外科学会	060	日本生体医工学会	011	日本法医学会
034	日本医療機器学会	108	日本呼吸器内視鏡学会	003	日本生理学会	113	日本放射線腫瘍学会
091	日本医療情報学会	（サ）		111	日本脊椎脊髄病学会	033	日本保険医学会
076	日本医療・病院管理学会	009	日本細菌学会	061	日本先天異常学会	（マ）・（ヤ）・（ラ）	
044	日本ウイルス学会	129	日本再生医療学会	121	日本造血細胞移植学会	045	日本麻酔科学会
012	日本衛生学会	026	日本産科婦人科学会	（タ）		066	日本脈管学会
037	日本衛生動物学会	040	日本産業衛生学会	084	日本大腸肛門病学会	013	日本民族衛生学会
014	日本栄養・食糧学会	118	日本磁気共鳴医学会	039	日本体力医学会	069	日本免疫学会
092	日本疫学会	028	日本耳鼻咽喉科学会	085	日本超音波医学会	005	日本薬理学会
015	日本温泉気候物理医学会	067	日本周産期・新生児医学会	110	日本手外科学会	048	日本輸血・細胞治療学会
（カ）		125	日本集団災害医学会	100	日本透析医学会	059	日本リウマチ学会
002	日本解剖学会	093	日本集中治療医学会	051	日本糖尿病学会	056	日本リハビリテーション医学会
043	日本化学療法学会	022	日本循環器学会	086	日本動脈硬化学会	071	日本臨床検査医学会
072	日本核医学会	070	日本消化器外科学会	087	日本東洋医学会	099	日本臨床細胞学会
027	日本眼科学会	077	日本消化器内視鏡学会	（ナ）		107	日本臨床腫瘍学会
007	日本癌学会	021	日本消化器病学会	017	日本内科学会	114	日本臨床スポーツ医学会
019	日本感染症学会	018	日本小児科学会	101	日本内視鏡外科学会	095	日本臨床薬理学会
062	日本肝臓学会	065	日本小児外科学会	016	日本内分泌学会	082	日本リンパ網内系学会
078	日本癌治療学会	126	日本小児血液・がん学会	102	日本乳癌学会	106	日本レーザー医学会
112	日本緩和医療学会	116	日本小児循環器学会	124	日本認知症学会	054	日本老年医学会
041	日本気管食道科学会	088	日本小児神経学会	115	日本熱傷学会	127	日本老年精神医学会
010	日本寄生虫学会	128	日本静脈経腸栄養学会	064	日本熱帯医学会	999	上記以外の学会
074	日本救急医学会	080	日本職業・災害医学会	047	日本脳神経外科学会		
052	日本矯正医学会	083	日本自律神経学会	097	日本脳卒中学会		
046	日本胸部外科学会	053	日本神経学会	050	日本農村医学会		
063	日本形成外科学会	096	日本神経病理学会	（ハ）			
024	日本外科学会	068	日本人工臓器学会	119	日本肺癌学会		
008	日本血液学会	075	日本心身医学会	035	日本ハンセン病学会		
020	日本結核病学会	058	日本腎臓学会	030	日本泌尿器科学会		

※「記入上の注意」にそって、かならずご本人が記入してください。数字は右詰で記入してください。

記 入 例

入会申込書

入会年月日（医師会使用欄）　令和 2 年 1 月 1 日

日本医師会用

入会する医師会：日本医師会　東京 都道府県医師会　○○ 郡市区医師会・その他の医師会　（医師会使用欄）

「1」、「6」、「12」、「13」、「15」、「16」、「21」は「記入上の注意」をよく読んで、記入してください。
「7」は、都道府県知事に届け出た正式名称を記入してください。

1. 入会区分	①　2　3　／　異動前の医師会（入会区分で2に○した方）　都道府県　郡市区医師会・その他の医師会
2. 医籍登録番号	第 999999 号
3. 氏名	フリガナ　ニチイ　タロウ　（姓）日医　（名）太郎　（印：日医）
4. 生年月日	1. 明治 2. 大正 ③昭和 4. 平成　59 年 7 月 20 日
5. 性別	①男 2. 女
6. 会員	日医　Ⓐ①　A②(B)　A②(C)　B　C　／　都道府県　／　郡市区 その他
7. 所属施設名（正式名称）	フリガナ　イリョウホウジン シャダン ニチイカイ　ニチイ シンリョウジョ　医療法人社団日医会　日医診療所
8. 施設所在地	TEL 03 (3946) 2121　FAX 03 (3946) 6295　113-8621　東京 都道府県　文京区本駒込 2-28-16
9. 自宅現住所	TEL 03 (3942) 6482　FAX 03 (3942) 6482　113-8621　東京 都道府県　文京区本駒込 2-28-16
10. 文書送付先	①施設所在地　2. 自宅現住所
11. 電子メールアドレス	tnichii@po.med.or.jp
12. 開設主体	10
13. 施設・業務	11
14. 病床の有無	①有　2. 無　有床の場合→ 許可病床数 19 床
15. 併設の施設	介護保険施設　その他（　　）
16. 診療科名	主たる科名 01　② 13　③　④　⑤　⑥　⑦　⑧　⑨　⑩
17. 出身校	○○大学医学部
18. 卒業年月	1. 明治 2. 大正 3. 昭和 ④平成　20 年 3 月
19. 医籍登録日	1. 明治 2. 大正 3. 昭和 ④平成　20 年 5 月 11 日
20. 学位取得	1. 明治 2. 大正 3. 昭和 4. 平成　年　月
21. 所属学会	① 017　② 018　③　④
22. 指定医	(保険医) 母体保護法　精神保健　その他

H30.4

入会申込書

入会年月日（医師会使用欄）						
令和		年		月		日

日本医師会用

入会する医師会			（医師会使用欄）
日本医師会	都道府県医師会	郡市区医師会・その他の医師会	

「1」、「6」、「12」、「13」、「15」、「16」、「21」は「記入上の注意」をよく読んで、記入してください。
「7」は、都道府県知事に届け出た正式名称を記入してください。

1.入会区分	1　2　3	異動前の医師会（入会区分で2に○した方）		都道府県	郡市区医師会・その他の医師会

2.医籍登録番号	第　　号	6.会員	
3.氏　名	フリガナ （姓）　（名）　印	日医	A①　A②(B)　A②(C)　B　C
4.生年月日	1.明治 2.大正 3.昭和 4.平成　年　月　日	都道府県	
5.性別	1.男 2.女	郡市区その他	

7.所属施設名（正式名称）	フリガナ
8.施設所在地	TEL　（　）　FAX　（　） － 都道府県
9.自宅現住所	TEL　（　）　FAX　（　） － 都道府県
10.文書送付先	1.施設所在地　2.自宅現住所
11.電子メールアドレス	
12.開設主体	
13.施設・業務	
14.病床の有無	1.有　2.無　有床の場合→ 許可病床数　床
15.併設の施設	介護保険施設　その他（　）

16.診療科名	主たる科名	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩

17.出身校		18.卒業年月	1.明治 2.大正 3.昭和 4.平成　年　月
19.医籍登録日	1.明治 2.大正 3.昭和 4.平成　年　月　日	20.学位取得	1.明治 2.大正 3.昭和 4.平成　年　月

21.所属学会	①	②	③	④

22.指定医	保険医　母体保護法　精神保健　その他

※「記入上の注意」にそって、かならずご本人が記入してください。数字は右詰で記入してください。

H30.4

入会申込書

入会年月日（医師会使用欄）						
令和		年		月		日

都道府県医師会用

入会する医師会			（医師会使用欄）
日本医師会	都道府県医師会	郡市区医師会・その他の医師会	

「1」、「6」、「12」、「13」、「15」、「16」、「21」は「記入上の注意」をよく読んで、記入してください。
「7」は、都道府県知事に届け出た正式名称を記入してください。

1.入会区分	1　2　3	異動前の医師会（入会区分で２に〇した方）		都道府県	郡市区医師会・その他の医師会

2.医籍登録番号	第　　号		
3.氏　名	フリガナ （姓）　（名）	印	
4.生年月日	1.明治 2.大正 3.昭和 4.平成　年　月　日	5.性別	1.男 2.女

6.会員					
日医	A①	A②(B)	A②(C)	B	C
都道府県					
郡市区その他					

7.所属施設名（正式名称）	フリガナ
8.施設所在地	TEL　（　）　FAX　（　） － 都道府県
9.自宅現住所	TEL　（　）　FAX　（　） － 都道府県
10.文書送付先	1.施設所在地　2.自宅現住所
11.電子メールアドレス	
12.開設主体	
13.施設・業務	
14.病床の有無	1.有　2.無　有床の場合→ 許可病床数　床
15.併設の施設	介護保険施設　その他（　）

16.診療科名	主たる科名	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩

17.出身校		18.卒業年月	1.明治 2.大正 3.昭和 4.平成　年　月
19.医籍登録日	1.明治 2.大正 3.昭和 4.平成　年　月　日	20.学位取得	1.明治 2.大正 3.昭和 4.平成　年　月

21.所属学会	①	②	③	④

22.指定医	保険医　母体保護法　精神保健　その他

※「記入上の注意」にそって、かならずご本人が記入してください。数字は右詰で記入してください。

H30.4

入会申込書

入会年月日（医師会使用欄）						
令和		年		月		日

郡市区・その他の医師会用

入会する医師会			（医師会使用欄）
日本医師会	都道府県医師会	郡市区医師会・その他の医師会	

「1」、「6」、「12」、「13」、「15」、「16」、「21」は「記入上の注意」をよく読んで、記入してください。
「7」は、都道府県知事に届け出た正式名称を記入してください。

※「記入上の注意」にそって、かならずご本人が記入してください。数字は右詰で記入してください。

1.入会区分	1　2　3	異動前の医師会（入会区分で2に○した方）		都道府県	郡市区医師会・その他の医師会
2.医籍登録番号	第　　号				
3.氏　名	フリガナ （姓）　（名）	印			
4.生年月日	1.明治 2.大正 3.昭和 4.平成　年　月　日	5.性別	1.男 2.女		
7.所属施設名（正式名称）	フリガナ				
8.施設所在地	TEL　（　）　FAX　（　） －　都道府県				
9.自宅現住所	TEL　（　）　FAX　（　） －　都道府県				
10.文書送付先	1.施設所在地　2.自宅現住所				
11.電子メールアドレス					
12.開設主体		13.施設・業務			
14.病床の有無	1.有　2.無　有床の場合→	許可病床数　床	15.併設の施設	介護保険施設　その他（　）	
16.診療科名	主たる科名	②	③	④	⑤
	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
17.出身校		18.卒業年月	1.明治 2.大正 3.昭和 4.平成　年　月		
19.医籍登録日	1.明治 2.大正 3.昭和 4.平成　年　月　日	20.学位取得	1.明治 2.大正 3.昭和 4.平成　年　月		
21.所属学会	①　②　③　④	22.指定医	保険医　母体保護法　精神保健　その他		

6.会員					
日医	A①	A②(B)	A②(C)	B	C
都道府県					
郡市区その他					

H30.4

入会申込書

入会年月日（医師会使用欄）						
令和		年		月		日

本　人　控

入会する医師会			（医師会使用欄）
日本医師会	都道府県医師会	郡市区医師会・その他の医師会	

「1」、「6」、「12」、「13」、「15」、「16」、「21」は「記入上の注意」をよく読んで、記入してください。
「7」は、都道府県知事に届け出た正式名称を記入してください。

1.入会区分	1　2　3	異動前の医師会（入会区分で2に○した方）		都道府県	郡市区医師会・その他の医師会
2.医籍登録番号	第　　号				
3.氏　名	フリガナ（姓）（名）				
4.生年月日	1.明治 2.大正 3.昭和 4.平成　年　月　日	5.性別	1.男 2.女		
7.所属施設名（正式名称）	フリガナ				
8.施設所在地	TEL（　）　FAX（　）　－　都道府県				
9.自宅現住所	TEL（　）　FAX（　）　－　都道府県				
10.文書送付先	1.施設所在地　2.自宅現住所				
11.電子メールアドレス					
12.開設主体		13.施設・業務			
14.病床の有無	1.有　2.無　有床の場合→	許可病床数　床	15.併設の施設	介護保険施設　その他（　）	
16.診療科名	主たる科名	②	③	④	⑤
	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
17.出身校		18.卒業年月	1.明治 2.大正 3.昭和 4.平成　年　月		
19.医籍登録日	1.明治 2.大正 3.昭和 4.平成　年　月　日	20.学位取得	1.明治 2.大正 3.昭和 4.平成　年　月		
21.所属学会	①　②　③　④	22.指定医	保険医　母体保護法　精神保健　その他		

6.会員					
日医	A①	A②(B)	A②(C)	B	C
都道府県					
郡市区その他					

※「記入上の注意」にそって、かならずご本人が記入してください。数字は右詰で記入してください。

H30.4