

死亡證明書

病歷號碼：
死亡證字：

證明書開具單位填寫			
(一)姓名	林 姓	(二) <input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	(三) 本國籍 <input type="checkbox"/> 國民身分證統一編號 外國籍 <input type="checkbox"/> 護照號碼 <input type="checkbox"/> 居留證統一編號
(四)戶籍地址	台南市 新營區 新營鎮 新營里		
(五)出生時間	民國 100 年 10 月 10 日 時 分 (出生後未滿 24 小時死亡者需填寫時分)		
(六)死亡時間	民國 103 年 10 月 22 日 拾肆 時 貳伍 分		
(七)死亡地點及場所	台南市 新營區 新營鎮 新營里 街 段 弄 號之 巷 <input type="checkbox"/> 醫院 <input type="checkbox"/> 診所 <input type="checkbox"/> 長期照護或安養機構 <input checked="" type="checkbox"/> 住居所 <input type="checkbox"/> 其他		
(八)死亡方式	<input checked="" type="checkbox"/> 自然死(純粹僅因疾病或自然老化所引起之死亡) <input type="checkbox"/> 意外死 <input type="checkbox"/> 自殺 <input type="checkbox"/> 他殺 <input type="checkbox"/> 不詳		
(九)死亡者行職業	<input type="checkbox"/> 在何處工作從事何種行業 <input type="checkbox"/> 擔任何種工作及職務		
(十)懷孕情形(如死者為女性)	<input type="checkbox"/> 於過去一年未懷孕 <input type="checkbox"/> 懷孕中死亡 <input type="checkbox"/> 懷孕終止或結束之 42 天內死亡 <input type="checkbox"/> 懷孕終止或結束後 43 天至 1 年內死亡 <input type="checkbox"/> 不清楚過去一年是否懷孕		
(十一)死亡原因： (儘量不要填寫症狀或死亡當時之身體狀況：如心臟衰竭、身體衰弱)	發病至死亡概略時間		
1. 直接引起死亡之疾病或傷害： 甲、心臟衰竭			
先行原因：(若有引起上述死因之疾病或傷害) 乙、(甲之原因) 自然死亡			
丙、(乙之原因)			
丁、(丙之原因)			
2. 其他對於死亡有影響之疾病或身體狀況(但與引起死亡之疾病或傷害無直接關係者)			
以上事實確認無訛特此證明			
醫師姓名：林 醫師林		<input type="checkbox"/> 依戶籍法第 14 條及死亡資料通報辦法第 4 條規定網路傳輸	
證書字號：醫字第 015163 號			
醫院(診所)名稱：所			
開業執照字號：南縣衛醫字第 號			
醫療院所代碼：35410			
院所地址：台南市 區 里 街 號			
中華民國 103 年 10 月 22 日			

註：死因將來如發現錯誤，惟錯誤係在當時難以避免情況下發生時，診斷者不負法律上之責任。
 注意事項：一、請於死亡事件發生 30 日內，攜此證明向任一戶政事務所辦理死亡登記，以免逾期受罰。
 二、為避免承受不必要的繼承債務，宜注意在法律規定時間內向法院聲請辦理拋棄繼承。

