

死亡證明

西元 年 月 日申報
長

受理：西元 年 月 日 第 號				發送：西元 年 月 日 印		
送達：西元 年 月 日 第 號						
文書 調查	戶籍 記載	記載 調查	調查表	附票	住民票	通知

(念法) 姓名 出生日期			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
	西元 年 月 日			
死亡日期	年 月 日 上午、下午 點 分			
死亡地點				
住址 (住民登錄地)	戶主姓名：			
本籍地 (外國人只需寫國籍)	台灣 代表姓名：			
死亡者之夫或妻	<input type="checkbox"/> 有 (滿 歲) 無 (<input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 死別 <input type="checkbox"/> 離別)			
死亡時家庭 主要事業與 死者從事職業、產 業	<input type="checkbox"/> 1. 從事農業或農業兼其他工作之家庭。 <input type="checkbox"/> 2. 從事個人經營的自由業、工商業、服務業等工作之家庭。 <input type="checkbox"/> 3. 公司、個人商店等(公家機關除外)之勞動者家庭。工作員工為1~99人之家庭。 (未滿1年之契約員工屬5)。 <input type="checkbox"/> 4. 非屬3之常用勞動者之家庭及擔任公司董事之家庭(未滿1年之契約員工屬5)。 <input type="checkbox"/> 5. 非屬1~4勞動者之家庭。 <input type="checkbox"/> 6. 無職業之家庭。			
	國勢調查之年... 僅需填寫年...4月1日至翌年3月31日止死亡時的情形 職業： 產業：			
其他				
申報人	<input type="checkbox"/> 1. 同居親屬 <input type="checkbox"/> 2. 不同居親屬 <input type="checkbox"/> 3. 同居者 <input type="checkbox"/> 4. 家長 <input type="checkbox"/> 5. 地主 <input type="checkbox"/> 6. 房屋管理人 <input type="checkbox"/> 7. 土地管理人 <input type="checkbox"/> 8. 公共設施場所生管 <input type="checkbox"/> 9. 監護人 <input type="checkbox"/> 10. 保佐人 <input type="checkbox"/> 11. 補助人 <input type="checkbox"/> 12. 任意監護人			
	住所：			
	本籍：		番地 代表姓名：	
	簽名： 年 月 日生			
事件簿號碼				連絡 電話 自宅 上班處

火葬場
齋場
死者與申報人關係

~~死亡診斷書(屍體檢驗書)~~

姓名		1 男 2 女	出生年月日	明治 昭和 (西元)年 月 日 大正 平成 (出生 30 日以內死亡時，也請填寫出生時刻) 上午 下午 時 分
死亡時日	西元 年 月 日 上午 下午 時 分			
死亡地點及類別	死亡地點類別	1. 醫院 2. 診所 3. 老人照護中心 4. 助產所 5. 養老院 6. 自家 7. 其它		
	死亡地點	番 號		
	設施名稱			
死亡原因 ◆與 I、II 同為疾病末期狀態之心功能不全、呼吸功能不全等則請不要填寫。 ◆I 欄請以最影響死亡之傷病名依醫學性因果關係順序填寫。 ◆I 欄傷病名請各欄各記載一個 但是，欄位不足時請在 (工) 欄依醫學性因果關係順序填寫。	I	(ア)直接死因		發病或受傷至死亡時間
		(イ)(ア)之原因		
		(ウ)(イ)之原因		
		(エ)(ウ)之原因		
	II	與直接死因無相關疾病影響欄位		
手術	1 無 2 有 (部位及主要所見)	手術年月日	年 月 日	
解剖	1 無 2 有 (部位及主要所見)			
死亡種類	1 病死及自然死 外在因素死亡 意外之外在因素死亡 (2. 交通事故 3. 跌倒跌落 4. 溺水 5. 因煙 火災及火焰等傷害 6. 窒息 7. 中毒 8. 其他) 其它不詳之外在因素死亡 (9. 自殺 10. 他殺 11. 其他及不詳外在因素死亡) 12. 不詳原因之死亡			
意外傷亡追加事項	傷害發生時間	西元 年 月 日上午下午 時 分	傷害發生地點	都道府縣 市 區 郡 町村
	傷害發生地點類別	1 住家 2 工廠及工地現場 3 道路 4 其他		
	方法及狀況			
出生後未滿 1 年病死之追加事項	出生體重 克	單胎 多胎 1. 單胎 2. 多胎 (子中第 子)	懷孕週數 滿 週	
	懷孕 生產時 母親病態或異狀	母親生日	前次生產懷孕結果	
	1. 無 2. 有 3. 不明	昭和 平成 年 月 日	出產 人 死產 人(只限懷孕 22 週內)	
其他特別交待事項				
上述診斷係由 診斷(檢驗)年月日			西元 年 月 日	
			本診斷書(檢驗書)發行年月日 西元 年 月 日	
醫師 Ⓜ				

茲證明上述事項確為死亡證明書上所記載之事項。

西元 年 月 日

長

印