

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		(二) 性別 ① <input type="checkbox"/> 男 ② <input type="checkbox"/> 女	(三)	本國籍	<input type="checkbox"/> ① 國民身分證統一編號		
				外國籍	<input type="checkbox"/> ② 護照號碼		
					<input type="checkbox"/> ③ 居留證統一證號		
(四) 戶籍地址	省 市	縣 市	鄉鎮 市區	村 里	街 路	段 弄 巷 號之	
(五) 出生時間	民國	前 <input type="checkbox"/> 國 <input type="checkbox"/>	年	月	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	年	月	日	時	分	
(七) 死亡地點及場所	省 市	縣 市	鄉鎮 市區	村 里	街 路	段 弄 巷 號之	
	① <input type="checkbox"/> 醫院 ② <input type="checkbox"/> 診所 ③ <input type="checkbox"/> 長期照護或安養機構 ④ <input type="checkbox"/> 住居所 ⑤ <input type="checkbox"/> 其他						
(八) 死亡方式	① <input type="checkbox"/> 自然死 (純粹僅因疾病或自然老化所引起之死亡) ② <input type="checkbox"/> 意外死 ③ <input type="checkbox"/> 自殺 ④ <input type="checkbox"/> 他殺 ⑤ <input type="checkbox"/> 不詳						
(九) 死亡者行職業	① 在何處工作從事何種行業			② 擔任何種工作及職務			
(十) 懷孕情形 (如死者為女性)	① <input type="checkbox"/> 於過去一年未懷孕 ② <input type="checkbox"/> 懷孕中死亡 ③ <input type="checkbox"/> 懷孕終止或結束之 42 天內死亡 ④ <input type="checkbox"/> 懷孕終止或結束後 43 天至 1 年內死亡 ⑤ <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) 1. 直接引起死亡之疾病或傷害： 甲、 先行原因：(若有引起上述死因之疾病或傷害) 乙、(甲之原因) 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)					發病至死亡概略時間		
以上事實確認無訛特此證明 醫師姓名： 證書字號： 醫院 (診所) 名稱： 開業執照字號： 醫療院所代碼： 院所地址：縣 鄉鎮 村 街 段 巷 號之 市 市區 里 路 弄 中 華 民 國 年 月 日						<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	

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。