

死亡證明書

病歷號碼: 460324
死亡證字: 240710

證明書開具單位填寫							
(一)姓名	許麗瓊	(二)性別	女	(三)	本國籍	國民身分證統一編號	E201231837
					外國籍	護照號碼	
						居留證統一證號	
(四)戶籍地址	高雄市旗山區東平里11鄰樹人路172號						
(五)出生時間	民國 46 年 03 月 24 日 (出生後未滿24小時死亡者需填寫時分)						
(六)死亡時間	民國 113 年 07 月 09 日 08 時 30 分						
(七)死亡地點及場所	高雄市旗山區東平里11鄰樹人路172號						
	<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	在何處工作從事何種行業			擔任何種工作及職務			
	空白			空白			
(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 checked="" 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、心肺衰竭 先行原因：(若有引起上述死因之疾病或傷害) 乙、(甲之原因) 心血管疾病 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	
以上事實確無訛特此證明 醫師姓名：楊友華 證書字號：醫字第021777號 醫院(診所)名稱：大昌診所 開業執照字號：高市衛醫三字第201號 醫療院所代碼：3502051848 院所住址：高雄市三民區大昌二路460號1樓 中華民國 壹佰壹拾參 年 柒 月 壹拾 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。