

死亡證明書

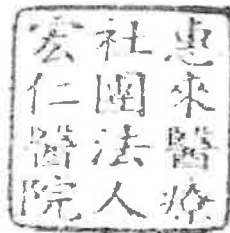
病歷號碼：199245

死亡證字：1130602-03

證明書開具單位填寫

(一)姓名	陳志保	(二) ① ☒ 男 性別 ② ☐ 女	(三)	本國籍	☒ ①國民身分證統一編號	M120187689
				外國籍	☐ ②護照號碼	
					☐ ③居留證統一證號	
(四)戶籍地址	臺中市潭子區潭陽里7鄰福潭路313巷42號五樓					
(五)出生時間	民國 ☐ 前 ☒ 64 年 5 月 3 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 113 年 6 月 2 日 18 時 59 分					
(七)死亡地點及場所	彰化縣員林市惠來里惠來街89號 ① ☒ 醫院 ② ☐ 診所 ③ ☐ 長期照護或安養機構 ④ ☐ 住居所 ⑤ ☐ 其他					
(八)死亡方式	① ☒ 自然死(純粹僅因疾病或自然老化所引起之死亡) ② ☐ 意外死 ③ ☐ 自殺 ④ ☐ 他殺 ⑤ ☐ 不詳					
(九)死亡者行職業	①在何處工作從事何種行業 空白			②擔任何種工作及職務 空白		
(十)懷孕情形(如死者為女性)	① ☐ 於過去一年未懷孕 ② ☐ 懷孕中死亡 ③ ☐ 懷孕終止或結束之 42 天內死亡 ④ ☐ 懷孕終止或結束後 43 天至 1 年內死亡 ⑤ ☐ 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、肺炎合併多重器官衰竭(以下空白)						
先行原因：(若有引起上述死因之疾病或傷害)						
乙、(甲之原因) 糖尿病合併腎病變(以下空白)						
丙、(乙之原因) (以下空白)						
丁、(丙之原因) (以下空白)						
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) (以下空白)						
以上事實確無訛特此證明 醫師姓名：梁鴻昌 證書字號：醫字第025478號 醫院(診所)名稱：惠來醫療社團法人宏仁醫院 開業執照字號：彰衛院字0937050024號 醫療院所代碼：0937050024 院所地址：彰化縣員林市惠來里惠來街89號 中華民國 壹佰壹拾參 年 陸 月 參 日						

梁鴻昌
醫字第025478號



☐ 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、請於死亡事件發生或確定後 30 日內，以免逾期受罰。攜此證明除死亡者於國外死亡者外，得向死亡者戶籍地之直轄市、縣(市)政府所轄任一戶政事務所辦理死亡登記。

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。