

死亡證明書

病歷號碼： 356805

死亡證字：

證明書開具單位填寫						
(一) 姓名	杜昭榮	(二) 性別	1. ☒ 男 2. ☐ 女	(三)	本國籍 外國籍	1. ☒ 國民身分證統一編號 2. ☐ 護照號碼 3. ☐ 居留證統一編號
(四) 戶籍地址	金門縣金湖鎮溪湖里13鄰裕民農莊22號					
(五) 出生時間	前 ☐ 民 國 ☒ 肆拾壹年伍月貳拾肆日 (出生後未滿24小時死亡者需填寫時分)					
(六) 死亡時間	民國壹佰壹拾參年陸月玖日 拾肆時玖分					
(七) 死亡地點及場所	金門縣金湖鎮新市里復興路二號 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的死亡) 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		2. 擔任何種工作及職務			
(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天至一年內死亡 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) 1. 直接引起死亡之疾病或傷害： 甲、肺炎 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) 泌尿道感染						發病至死亡之概略時間
以上事實確無訛特此證明						☐ 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
醫師姓名：		胡逸帆				
證書字號：		046766				
醫院(診所)名稱：		衛生福利部金門醫院				
開業執照字號：		衛生福利部金門醫院號				
醫療院所代碼：		0190030516				
院所地址：		金門縣金湖鎮新市里復興路二號				
中華民國壹佰壹拾參年陸月玖日						

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。