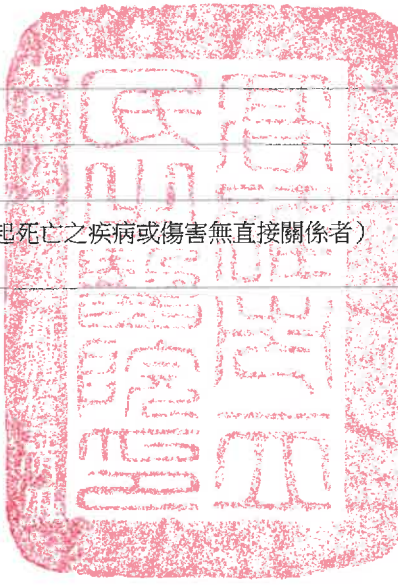


死亡證明書

病歷號碼：15850830

死亡証字：第 11300087 號

證明書開具單位填寫			
(一)姓名	何應發	(二) <input checked="" type="checkbox"/> 男 性別 <input type="checkbox"/> 女	(三) 本國籍 <input checked="" type="checkbox"/> ① 國民身分證統一編號 E101959641 外國籍 <input type="checkbox"/> ② 護照號碼 <input type="checkbox"/> ③ 居留證統一號碼
(四)戶籍地址	高雄市小港區山東里1鄰飛機路530號2樓之1		
(五)出生時間	民國 037 年 11 月 10 日 (出生後未滿24小時死亡者須填寫時間)		
(六)死亡時間	民國 113 年 01 月 27 日 19 時 50 分		
(七)死亡地點及場所	高雄市苓雅區凱旋二路134號 <input checked="" type="checkbox"/> ① 醫院 <input type="checkbox"/> ② 診所 <input type="checkbox"/> ③ 長期照護或安養機構 <input type="checkbox"/> ④ 住居所 <input type="checkbox"/> ⑤ 其他		
(八)死亡方式	<input checked="" type="checkbox"/> ① 自然死(純粹僅因疾病或自然老化所引起之死亡) <input type="checkbox"/> ② 意外死 <input type="checkbox"/> ③ 自殺 <input type="checkbox"/> ④ 他殺 <input type="checkbox"/> ⑤ 不詳		
(九)死亡者行職業	<input type="checkbox"/> ① 在何處工作從事何種行業 <input type="checkbox"/> ② 擔任何種工作及職務		
(十)懷孕情形(如死者為女性)	<input type="checkbox"/> ① 於過去一年未懷孕 <input type="checkbox"/> ② 懷孕中死亡 <input type="checkbox"/> ③ 懷孕終止或結束之42天內死亡 <input type="checkbox"/> ④ 懷孕終止或結束後43天至1年內死亡 <input type="checkbox"/> ⑤ 不清楚過去一年是否懷孕		
(十一)死亡原因：(盡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、肺炎合併敗血症			
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)			
十二指腸潰瘍,左側肋膜積水			
以上事實確無訛特此證明			
醫師姓名：陳蕙君			
證書字號：醫字第044098號			
醫院(診所)名稱：高雄市立民生醫院			
開業執照字號：高市衛醫字0000004021號			
醫療院所代碼：0102080017			
院所地址：高雄市苓雅區凱旋二路134號		<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	
中華民國 113 年 01 月 31 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。