

病歷號碼: 5646057
死亡證字:

死亡證明書

4-120

證明書開具單位填寫			
(一)姓名	洪壁祥	(二)性別: 男	(三)國民身分證統一編號 R121407737 護照號碼 居留證統一證號
(四)戶籍地址	高雄市大寮區山頂里21鄰新生街21號		
(五)出生時間	民國伍拾年柒月拾貳日 (出生後未滿24小時死亡者需填寫時間)		
(六)死亡時間	民國壹佰壹拾參年貳月捌日下午貳拾貳時貳分		
(七)死亡地點及場所	高雄市鳥松區大埤路123號 長庚醫療財團法人高雄長庚紀念醫院 <input checked="" type="checkbox"/> 醫院 <input type="checkbox"/> 診所 <input type="checkbox"/> 長期照護或安養機構 <input 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	
(十)懷孕情形(如死者為女)	<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 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的身體狀況:如心臟衰弱,身體衰弱)	發病至死亡之概略時間	1日	
1. 直接引起死亡之疾病或傷害: 甲. 腹主動脈瘤破裂 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)			
以上事實確無訛特此證明			
醫師姓名: 柯瑞媿 證書字號: MRJ018 醫院(診所)名稱: 長庚醫療財團法人高雄長庚紀念醫院 開業執照字號: 高市衛醫字第000000087號 醫療院所代號: 1142100017號 院所地址: 833 高雄市鳥松區大埤路123號 中華民國 113 年 02 月 15 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

註一 1. 本證明書未蓋本院印信或未填明國民身分證號碼(軍人填明兵籍號碼)者,均屬無效。

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。