

# 死亡證明書

病歷號碼：334365

死亡證字：

證明書開具單位填寫						
(一)姓名	林武雄	(二) 性別 ①■男 ②□女	(三)	本國籍	<input checked="" type="checkbox"/> ①國民身分證統一編號	P103358705
				外國籍	<input type="checkbox"/> ②護照號碼	
(四)戶籍地址	台灣省臺中市后里區墩東里 12 鄭四村路 136 號					
(五)出生時間	民國 <input type="checkbox"/> 前 <input checked="" type="checkbox"/> 國	參拾年	柒月	參拾壹日	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	貳佰壹拾參年	貳月	貳拾伍日	伍時	伍拾分
(七)死亡地點及場所	台中市霧峰區中正路 718 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(公司)						
(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	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)	<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：(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、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)呼吸衰竭						
丙、(乙之原因)肺炎						
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)						
肝硬化，鬱血性心衰竭，心律不整，癲癇，敗血症，腎衰竭						
以上事實確無訛特此證明						
醫師姓名：	江文金					
證書字號：	21442		醫師			
醫院(診所)名稱：	本堂澄清醫院		江文金			
開業執照字號：	1536181139		本堂澄清醫院			
醫療院所代碼：	1536181139		1536181139			
院所地址：	台中市霧峰區中正路 718 號					
中華民國 貳佰壹拾參年 貳月 貳拾玖日						

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、請於死亡事件發生或確定後 30 日內，以免逾期受罰。據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。

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