

死亡證明書

病歷號碼： 1093034
死亡證字：

證明書開具單位填寫

(一) 姓名	林常柏	(二) 性別 1. <input checked="" type="checkbox"/> 男 2. <input type="checkbox"/> 女	(三) 本國籍 外國籍	1. <input checked="" type="checkbox"/> 國民身分證統一編號 2. <input type="checkbox"/> 護照號碼 3. <input type="checkbox"/> 居留證統一編號	A110310498
(四) 戶籍地址	台中市西屯區福瑞里6鄰東大路一段28號八樓之3				
(五) 出生時間	前 <input type="checkbox"/> 民國 肆拾伍年肆月柒日		(出生後未滿24小時死亡者需填寫時分)		
(六) 死亡時間	民國壹佰壹拾參年肆月拾參日 拾陸時伍拾柒分				
(七) 死亡地點及場所	台中市南屯區惠中路三段36號 1. <input checked="" type="checkbox"/> 醫院 2. <input type="checkbox"/> 診所 3. <input type="checkbox"/> 長期照護或安養機構 4. <input type="checkbox"/> 住居所 5. <input type="checkbox"/> 其他				
(八) 死亡方式	1. <input checked="" type="checkbox"/> 自然死(純粹僅因疾病或自然老化所引起的死亡) 2. <input type="checkbox"/> 意外死 3. <input type="checkbox"/> 自殺 4. <input type="checkbox"/> 他殺 5. <input type="checkbox"/> 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. <input type="checkbox"/> 於過去一年未懷孕 2. <input type="checkbox"/> 懷孕中死亡 3. <input type="checkbox"/> 懷孕終止或結束之42天內死亡 4. <input type="checkbox"/> 懷孕終止或結束後43天至一年內死亡 5. <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之身體狀況：如心臟衰竭、身體衰弱)				發病至死亡之概略時間	
1. 直接引起死亡之疾病或傷害：					
甲、心衰竭 先行原因：(若有引起上述死因之疾病或傷害) 乙、(甲之原因) 冠狀動脈疾病					
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) 肺炎，呼吸衰竭，心律不整					
以上事實確無訛特此證明					
醫師姓名：	陳嘉銘			<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	
證書字號：	030443				
醫院(診所)名稱：	林新醫療社團法人林新醫院				
開業執照字號：	中市衛醫院字第0917070029號				
醫療院所代碼：	0917070029				
院所地址：	台中市南屯區惠中路三段36號				
中華民國壹佰壹拾參年肆月拾參日					

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。