

死亡證明書

病歷號碼：05106432

死亡証字：第 11201108 號

證明書開具單位填寫		
(一)姓名	林克群	(二) ① <input checked="" type="checkbox"/> 男 性別 ② <input type="checkbox"/> 女
		(三) 本國籍 <input checked="" type="checkbox"/> ① 國民身分證統一編號 A101738693 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	台北市士林區福林里15鄰中正路201巷20號	
(五)出生時間	民國 038 年 01 月 31 日 (出生後未滿24小時死亡者須填寫時間)	
(六)死亡時間	民國 112 年 11 月 02 日 00 時 36 分	
(七)死亡地點及場所	高雄市苓雅區凱旋二路134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之死亡) 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)死亡者行業職業	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1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：(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、肺炎併呼吸衰竭		
先行原因：(若有引起上述死因之疾病或傷害)		
乙、(甲之原因)		
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)		
心臟衰竭		
以上事實確無訛特此證明		
醫師姓名：林典慶 證書字號：醫字第047401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		發病至死亡概略時間  <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
<div data-bbox="686 1668 845 1792" style="border: 1px solid red; padding: 2px;"> 0011222 林典慶 醫字第047401號 麻MG474017 </div>		
中 華 民 國 112 年 11 月 02 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。