

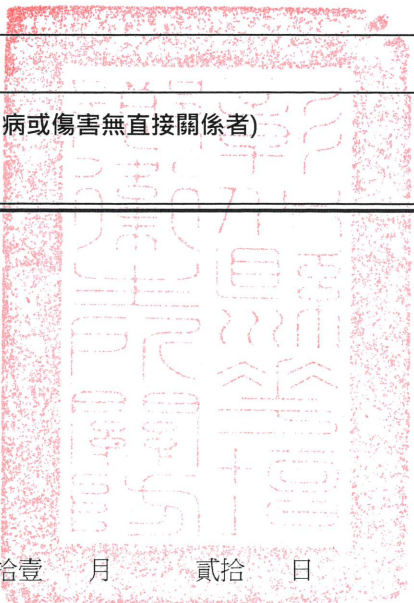
# 死亡證明書

病歷號碼:

死亡證字:

## 證明書開具單位填寫

|  |   |            |           |     |  |     |           |            |     |      |  |  |         |  |
|--|---|------------|-----------|-----|--|-----|-----------|------------|-----|------|--|--|---------|--|
| (一)姓名  | 吳漢緣   | (二)性別      | 男         | (三) | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">本國籍</td> <td style="width: 45%;">國民身分證統一編號</td> <td style="width: 40%;">P102755467</td> </tr> <tr> <td>外國籍</td> <td>護照號碼</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>居留證統一證號</td> <td></td> </tr> </table> | 本國籍 | 國民身分證統一編號 | P102755467 | 外國籍 | 護照號碼 |  |  | 居留證統一證號 |  |
| 本國籍  | 國民身分證統一編號   | P102755467 |           |     |  |     |           |            |     |      |  |  |         |  |
| 外國籍  | 護照號碼  |            |           |     |  |     |           |            |     |      |  |  |         |  |
|  | 居留證統一證號   |            |           |     |  |     |           |            |     |      |  |  |         |  |
| (四)戶籍地址  | 新北市土城區埤塘里4鄰和平路28號(新北市土城戶政事務所)   |            |           |     |  |     |           |            |     |      |  |  |         |  |
| (五)出生時間  | 民國 44 年 11 月 20 日<br>(出生後未滿24小時死亡者需填寫時分)  |            |           |     |  |     |           |            |     |      |  |  |         |  |
| (六)死亡時間  | 民國 112 年 11 月 20 日 04 時 00 分  |            |           |     |  |     |           |            |     |      |  |  |         |  |
| (七)死亡地點及場所   | 彰化縣花壇鄉後厝二巷41弄3號(彰化縣私立龍慶老人養護中心)  |            |           |     |  |     |           |            |     |      |  |  |         |  |
|  | <input type="checkbox"/> 醫院 <input type="checkbox"/> 診所 <input checked="" 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 |     |  |     |           |            |     |      |  |  |         |  |
|  | 空白  |            | 空白        |     |  |     |           |            |     |      |  |  |         |  |
| (十)懷孕情形(如死者為女性)  | <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<br><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之身體狀況：如心臟衰竭、身體衰弱<br>1. 直接引起死亡之疾病或傷害：<br>甲、 <u>心肺衰竭</u><br>先行原因：(若有引起上述死因之疾病或傷害)<br>乙、(甲之原因)<br>丙、(乙之原因)<br>丁、(丙之原因)<br>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)<br>攝護腺肥大 |   |            |           |     | 發病至死亡概略時間  |     |           |            |     |      |  |  |         |  |
|  |   |            |           |     |  |     |           |            |     |      |  |  |         |  |
|  |   |            |           |     |  |     |           |            |     |      |  |  |         |  |
|  |   |            |           |     |  |     |           |            |     |      |  |  |         |  |
|  |   |            |           |     |  |     |           |            |     |      |  |  |         |  |
| 以上事實確無訛特此證明<br>醫師姓名：陳願任<br>證書字號：醫字第051175號<br>醫院(診所)名稱：彰化縣花壇鄉衛生所<br>開業執照字號：彰衛診字第2337130017號<br>醫療院所代碼：2337130017<br>院所住址：彰化縣花壇鄉中正路11號<br>中華民國      壹佰壹拾貳      年      壹拾壹      月      貳拾      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：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。