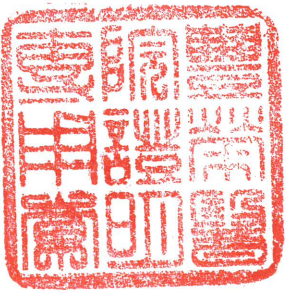


死亡證明書

病歷號碼：00000033

死亡證字：000400

證明書開具單位填寫

(一)姓名	吳富歸	(二) ☒ 男 性別 ☐ 女	(三)	本國籍 ☒ ①國民身分證統一編號 U120034340	
				外國籍 ☐ ②護照號碼	
				☐ ③居留證統一證號	
(四)戶籍地址	新北市三重區光明里 22 鄰集美街 203 號四樓				
(五)出生時間	民國 ☐ 前 ☒ 肆拾柒 年 拾貳 月 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 壹佰壹拾參 年 參 月 參 日 貳拾參 時 貳拾壹 分				
(七)死亡地點及場所	新北市新店區安德街 26 巷 3 號 ☒ 醫院 ☐ 診所 ☐ 長期照護或安養機構 ☐ 住居所 ☐ 其他				
(八)死亡方式	☒ 自然死(純粹僅因疾病或自然老化所引起之死亡) ☐ 意外死 ☐ 自殺 ☐ 他殺 ☐ 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(如死者為女性)	☐ 於過去一年未懷孕 ☐ 懷孕中死亡 ☐ 懷孕終止或結束之 42 天內死亡 ☐ 懷孕終止或結束後 43 天至 1 年內死亡 ☐ 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、慢性呼吸衰竭併呼吸器依賴(以下空白)					
先行原因：(若有引起上述死因之疾病或傷害)					
乙、陳舊型腦中風(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)					
慢性阻塞性肺病、高血壓、糖尿病					
以上事實確認無訛特此證明					
醫師姓名：丁文穎				☐ 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：醫字第 044899 號					
醫院(診所)名稱：豐榮醫院					
開業執照字號：新市醫字第 1531051163					
醫療院所代碼：1531051163					
院所地址：新北市新店區安德街 26 巷 3 號					
中 華 民 國 壹佰壹拾參 年 參 月 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。

死亡證明書填表說明

甲、本證明應於死亡發生後即由醫院（診所）之醫師或行政相驗人員依式填列。

乙、填寫時請注意各欄間之關係。

丙、本證明書之各欄填寫方式如下：

(一)欄填寫死亡者之姓名，如為外國人，可填寫英文姓名。

(二)欄填寫死亡者之性別，如為男即在①後之□內加√，餘類推。

(三)欄填寫死亡者之國民身分證統一編號、護照號碼或居留證統一證號，如死者為本國人，應填列國民身分證統一編號；如死者為外國人，護照號碼及居留證統一證號應同時填列，如無居留證統一證號則無需填列。

(四)欄填記死亡者之戶籍地址之詳細地址，如為外國人，可填寫現住地址。

(五)欄填記死亡者出生時間，時分依 24 小時制填寫，如凌晨 12 時 30 分，請填「0 時 30 分」。

(六)欄填記死亡者之死亡時間，時分依 24 小時制填寫，如凌晨 12 時 30 分，請填「0 時 30 分」。

(七)欄填記死亡者死亡之詳細地點及在何場所死亡，如為醫院即在①後之□內加√，餘類推。

(八)欄填記死亡者死亡之方式，如自然死即在①後之□內加√，餘類推。

(九)欄填記死亡者之詳細工作情形①欄填寫在何處（如某機關、學校、公司行號、工廠、田園、林地 … 等名稱）並填出辦理何種行業（如稅務、衛生、行政、買賣商品、種植稻麥製造機械 … 等）②填寫何種工作及職務（如業務經理、科長、打字員、會計員、售貨員、打鐵工、紡織機械操作工 … 等）之詳細名稱。

(十)欄填記死亡者之懷孕情形(限死亡者為女性填寫)，如死者為女性且於過去一年未懷孕即在①後之□內加√。

(十一)請參閱 1993 年公布之國際統計分類系統之第十修訂版所訂詳細分類表（醫師用）填列死亡原因。並請注意病因發生之先後關係及發病至死亡之概略期間如傷害致死者請填寫其引起傷害之外因。

丁、本證明書填具者請填具證書字號及醫院（診所）名稱及開業執照字號等。