

# 死亡證明書

病歷號碼： 168913  
 死亡證字： 1130522-02

證明書開具單位填寫					
(一)姓名	閻自立	(二) <input checked="" type="checkbox"/> 男 性別 <input type="checkbox"/> 女	(三)	本國籍 <input checked="" type="checkbox"/> ①國民身分證統一編號 A120234361 外國籍 <input type="checkbox"/> ②護照號碼 <input type="checkbox"/> ③居留證統一證號	
(四)戶籍地址	基隆市安樂區干城里18鄰安一路370巷9之3號				
(五)出生時間	民國 <input type="checkbox"/> 前 <input checked="" type="checkbox"/> 國 53 年 11 月 2 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 113 年 5 月 22 日 20 時 14 分				
(七)死亡地點及場所	彰化縣員林市惠來里惠來街89號 <input checked="" type="checkbox"/> 醫院 <input type="checkbox"/> 診所 <input 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	①在何處工作從事何種行業		②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 <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)					
1. 直接引起死亡之疾病或傷害：					
甲、急性呼吸衰竭(以下空白) _____					
先行原因：(若有引起上述死因之疾病或傷害)					
乙、(甲之原因) 肺炎(以下空白) _____					
丙、(乙之原因) 慢性阻塞性肺病;腦中風;慢性缺血性心臟病;失智症(以下空白) _____					
丁、(丙之原因) (以下空白) _____					
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) (以下空白) _____					
以上事實確無訛特此證明					
醫師姓名： 李佳龍					
證書字號： 醫字第043916號					
醫院(診所)名稱： 惠來醫療社團法人宏仁醫院					
開業執照字號： 彰衛院字0937050024號					
醫療院所代碼： 0937050024					
院所地址： 彰化縣員林市惠來里惠來街89號					
中 華 民 國 壹 佰 壹 拾 參 年 伍 月 貳 拾 貳 日					
					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



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。

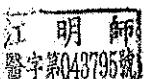


注意事項：一、請於死亡事件發生或確定後 30 日內，以免逾期受罰。攜此證明除死者於國外死亡者外，得向死亡者戶籍地之直轄市、縣(市)政府所轄任一戶政事務所辦理死亡登記。

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。

# 死亡證明書

病歷號碼： 192016  
死亡證字： 1130331-03

## 證明書開具單位填寫

(一)姓名	謝水發	(二) <input checked="" type="checkbox"/> 男 性別 <input type="checkbox"/> 女	(三)	本國籍 <input checked="" type="checkbox"/> 國民身分證統一編號 C101047108			
				外國籍 <input type="checkbox"/> 護照號碼			
				<input type="checkbox"/> 居留證統一證號			
(四)戶籍地址	基隆市仁愛區光華里5鄰光一路28號(基隆市中正戶政事務所仁愛辦公室)						
(五)出生時間	民國 41 年 11 月 20 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 113 年 3 月 31 日 4 時 55 分						
(七)死亡地點及場所	彰化縣員林市惠來里惠來街89號 <input checked="" type="checkbox"/> 醫院 <input type="checkbox"/> 診所 <input 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	<input type="checkbox"/> 在何處工作從事何種行業		<input type="checkbox"/> 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 <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)					發病至死亡概略時間		
1. 直接引起死亡之疾病或傷害： 甲、 <u>急性呼吸衰竭；敗血性休克</u> (以下空白) 先行原因：(若有引起上述死因之疾病或傷害) 乙、 <u>(甲之原因) 肺炎</u> (以下空白) 丙、 <u>(乙之原因)</u> (以下空白) 丁、 <u>(丙之原因)</u> (以下空白)							
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) <u>冠狀動脈疾病;高血壓;陳舊性腦中風</u> (以下空白)							
<p>以上事實確無訛特此證明</p> <p>醫師姓名：江明師 </p> <p>證書字號：醫字第043795號 </p> <p>醫院(診所)名稱：惠來醫療社團法人宏仁醫院</p> <p>開業執照字號：彰衛院字0937050024號</p> <p>醫療院所代碼：0937050024</p> <p>院所地址：彰化縣員林市惠來里惠來街89號</p> <p style="text-align: center;"></p> <p style="text-align: center;">中 華 民 國 壹 佰 壹 拾 參 年 參 月 參 拾 壹 日</p>							<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。