

## 高雄市林園區衛生所行政相驗申請書

編號：

申請日期： 年 月 日

申請死亡證明 份

|                  |  |       |  |
|------------------|--|-------|--|
| 死者姓名             |  | 出生時間  | <input type="checkbox"/> 前<br>民 年 月 日 時 分<br><input type="checkbox"/> 國          |
| 性別               | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女  | 身份證號碼 |  |
| 戶籍地址             | 市縣 市區鄉鎮 里村 鄰 路街<br>段 巷 弄 號 之   |       |  |
| 死亡日期             | 年 月 日  |       | <input type="checkbox"/> 上午<br><input type="checkbox"/> 下午<br>時 分<br>(請確認正確死亡時間) |
| 死亡地點及場所          | <input type="checkbox"/> 同戶籍地<br>市縣 市區鄉鎮 里村 鄰 路街<br>段 巷 弄 號 之<br><input 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                     |       |  |
| 死亡種類             | <input 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<br><input type="checkbox"/> 自殺 <input type="checkbox"/> 他殺 <input type="checkbox"/> 不詳  |       |  |
| 懷孕情形<br>(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  |       |  |
| 申請事項及申請人         | 依法令規定車禍受傷、他殺、自殺、或其他意外死亡或可疑為非病死者應報請「司法相驗」，死者並無上述情形，特向 貴所申請辦理「行政相驗」開立死亡證明書，如有不實，本人願受法律追訴。  |       |  |
|                  | 申請者姓名  |       | 申請者身分證號碼   |
|                  | 與死者關係  |       | 聯絡電話   |
| 處理情形             | 相驗時間：中華民國 年 月 日 上/下午 時 分<br>1. <input type="checkbox"/> 業經審查判別，為『疾病死亡者』，摺給死亡證明書。<br>2. <input type="checkbox"/> 業經審查判別，為『可疑為非病死者』，依據醫師法第16條、醫療法第76條、刑事訴訟法第218條等之規定報請司法相驗。<br>說明：<br>3. <input type="checkbox"/> 收到紅包1件並當場予以退回<br>相驗醫師簽章： |       |  |

備註：1、死亡證明如要變更，請於3天內交還原有全部證明，超過3天不接受變更。

2、如須補申請死亡證明，請攜帶本申請書及申請者之身分證。