

※**往生者**是否為**中低收入戶**：是 否

若勾選是，請檢附相關證明文件，謝謝！

簽章：

所需份數： 份

高雄市六龜區衛生所行政相驗申請書			
申請日期： 年 月 日			
死者姓名		出生年月日	<input type="checkbox"/> 前 民 年 月 日 <input type="checkbox"/> 國
性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	身份證號碼	
戶籍地址	省 縣 鄉鎮 村 街 段 巷 號之	市 市 市區 里 路 弄	
死亡日期	年 月 日	<input type="checkbox"/> 上午 <input type="checkbox"/> 下午	時 分
(請確認正確死亡時間)			
死亡地點及場所	<input type="checkbox"/> 同戶籍地 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 醫院 <input type="checkbox"/> 診所 <input type="checkbox"/> 助產所 <input type="checkbox"/> 其他 _____		
死亡種類	<input type="checkbox"/> 病死或自然死 <input type="checkbox"/> 意外死 <input type="checkbox"/> 自殺 <input type="checkbox"/> 他殺 <input type="checkbox"/> 不詳		
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		
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
	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 1. <input type="checkbox"/> 業經審查判別，為『疾病死亡者』，掣給死亡證明書。 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。 說明： _____ 3. <input type="checkbox"/> 收到紅包1件並當場予以退回 相驗醫師簽章：		