

新北市坪林區衛生所

申辦『行政相驗暨開立死亡證明書』服務流程

103.01.01 修正

應備證件

- ◆ 死亡者身份證正本。
- ◆ 申請人身份證正本及印章。
- ◆ **【疾病診斷證明書】**或**【生前就診病歷摘要】**。

申請方式

臨櫃填寫『衛生所行政相驗申請書』。(附件一)

主任到個案家進行“行政相驗”


辦理手續

行政相驗後，申請人辦理掛號手續，主任開立**【死亡證明書】**(附件二)，並蓋上官印，依據家屬所需數複印之。

申辦費用

行政相驗費用：新臺幣 950 元。

死亡證明書費用：新臺幣 20 元(第一份)；之後每份新臺幣 15 元。

 依據新北市政府衛生局公告「新北市政府行政相驗標準作業程序」辦理。

附件一 新北市政府衛生局所屬新北市坪林區衛生所行政相驗申請書

(申請人請就雙黑框線內部份進行填寫)

死者	姓名	性別	出生年月日	身分證字號		
		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年 月 日			
	籍貫	戶籍地址				
	省 縣(市)	縣(市)	鄉鎮市區	里村 鄰	路(街) 段 巷 弄 號 樓	
死亡時間	民國 年 月 日 時 分	死亡地點		婚姻狀況		
<p>茲保證前記事項確係屬實無訛</p> <p>此致</p> <p>新北市政府衛生局所屬坪林區衛生所</p> <p>申請人(具結人): _____ 簽章</p> <p>身分證字號: _____</p> <p>與死者關係: _____</p> <p>戶籍地址: _____ 縣(市) 鄉鎮市區 里村 鄰 路(街) 段 巷 弄 號 樓</p> <p>居住地址: <input type="checkbox"/> 同戶籍地址</p> <p>_____ 縣(市) 鄉鎮市區 里村 鄰 路(街) 段 巷 弄 號 樓</p> <p>聯絡電話: _____</p> <p>中 華 民 國 年 月 日</p>						
相 驗 時 間	相 驗 地 點		醫 師 簽 章			
民 國 年 月 日 時 分	縣(市) 鄉鎮市區 里村 鄰 路(街) 段 巷 弄 號 樓					
行政相驗經過						

在場家屬同意證明人：

附註：一、請檢附原診治醫院病歷摘要或診斷書。

二、如係非病死或可疑非病死者，應以書面報請檢察機關或警察機關轉請檢察機關依法相驗。

三、醫師法第十一條之一規定：「醫師非親自檢驗屍體，不得交付死亡證明書或死產證明書」。

附件二

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		(二) <input type="checkbox"/> 男 性別 <input type="checkbox"/> 女	(三)	本國籍	<input type="checkbox"/> ①國民身分證統一編號	
				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	省 縣 鄉鎮 村 街 段 弄 號之 市 市 市區 里 路 巷					
(五)出生時間	民國 前 <input type="checkbox"/> 國 <input type="checkbox"/>	年 月 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	年 月 日	時 分			
(七)死亡地點及場所	省 縣 鄉鎮 村 街 段 弄 號之 市 市 市區 里 路 巷					
	<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					
(八)死亡方式	<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 <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		
(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、_____						
先行原因：(若有引起上述死因之疾病或傷害)						
乙、(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)						

以上事實確無訛特此證明						
醫師姓名：						
證書字號：						
醫院(診所)名稱：						
開業執照字號：						
醫療院所代碼：						
院所地址： 縣 鄉鎮 村 街 段 巷 號之 市 市區 里 路 弄						
中華民國 年 月 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。