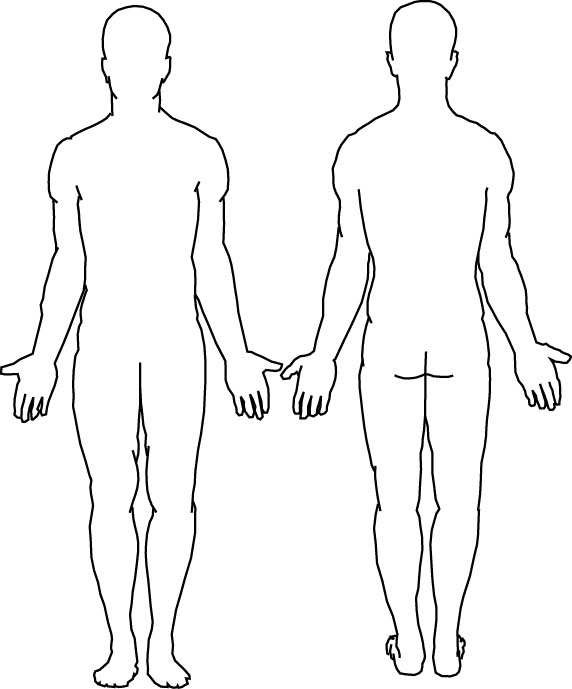
臺中市 行政相驗申請書

申請時間： 年 月 日 時 分 編號：

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申請行政相驗，請確定有無下列情形：  □ 有下列情形:應報請司法相驗--  依醫療法第76條：醫院、診所對於非病死或可疑為非病死者，應報請檢察機關依法相驗。  □意外事故：如交通、溺水、窒息、潛水夫病、跌倒、火災、中暑、落雷、觸電 等意外事故或大體上已有明顯外傷者  □自殺：自縊、燒炭、汽車廢氣、服藥自殺等  □他殺：兇殺、鬥毆、虐死等  □死亡過久之遺體，非經科學檢驗無法推斷死亡時間及死亡原因者  □因醫療行為衍生之死亡案件：如藥物注射後死亡、麻醉後死亡、手術中或手術 後死亡、分娩所造成之不預期之死亡，恐生醫療糾紛等案件  □診斷未明且死於送醫途中(OCHA)，家屬對死因有疑問  □車禍及其相關後遺症  □中毒及其相關後遺症  □工安意外及其相關後遺症  □有家族財務紛爭、保險給付紛爭或家屬照護責任爭議，須經科學檢驗大體者  □有吸毒、酗酒病史者  □往生者為刑事訴訟之當事人    □無,請家屬具結： (與往生者關係: )保證絕無上開屬司法相驗之情形，如為不實之陳述以致製作不實之公文書，願負法律責任。請備齊：往生者生前相關疾病診斷書、病歷摘要、身分證明文件 | | |
| 申 請 者 填 寫 | | |
| 往生者姓名 | 性別 國民身分證統一號碼 | |
| 往生者戶籍 | 市(縣) 區(鄉鎮市) 村 街 段 巷 號之  里 路 弄 | |
| 出生年月日時 | 前□ 上午□  民 國□ 年 月 日 下午□ 時 分  （出生後未滿24小時死亡者需填寫時間） | |
| 死亡時間 | 上午□  民國 年 月 日 下午□ 時 分 | |
| 死亡地點及場所 | 市(縣) 區(鄉鎮市) 村 街 段 巷 號之  里 路 弄 | |
| □醫院 □診所 □長期照護或安養機構 □自宅 □其他 | |
| 往生者職業 | 在何處工作從事何種行業 | 擔任何種工作及職務 |
|  |  |
| 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 | |

衛生所(醫療院所)電話：０４－2XXXXXXX 家屬對上述有無異議：□有 □無



相驗發現

相驗單位填寫

死亡原因

：

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)：

(

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

)

衛生所醫師姓名

：

年 月 日 時 分

申請份數： 份

家屬簽名：

陪同人員（管區警察）簽名：

民眾申請死亡證明書紀錄表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 編  號 | 時間 | 往生者姓名 | 往生者住址 | 家屬  姓名 | 衛生所  受理者 | 電話 | 份  數 | 備註 |
|  | 月 日 時 分 |  | 市（縣） 區（鄉鎮市） 里（村） 路（街） 段 巷 弄 號之 |  |  |  |  |  |
| 身分證字號（或健保卡號）： |
|  | 月 日 時 分 |  | 市（縣） 區（鄉鎮市） 里（村） 路（街） 段 巷 弄 號之 |  |  |  |  |  |
| 身分證字號（或健保卡號）： |
|  | 月 日 時 分 |  | 市（縣） 區（鄉鎮市） 里（村） 路（街） 段 巷 弄 號之 |  |  |  |  |  |
| 身分證字號（或健保卡號）： |
|  | 月 日 時 分 |  | 市（縣） 區（鄉鎮市） 里（村） 路（街） 段 巷 弄 號之 |  |  |  |  |  |
| 身分證字號（或健保卡號）： |
|  | 月 日 時 分 |  | 市（縣） 區（鄉鎮市） 里（村） 路（街） 段 巷 弄 號之 |  |  |  |  |  |
| 身分證字號（或健保卡號）： |