

臺中市 衛生所行政相驗申請書

申請時間： 年 月 日 時 分

編號：

注意事項：

一、依法令規定：車禍受傷、自殺、他殺、其他意外死亡或可疑為非病死者應報請「司法相驗」，亡者並無上述情形，係為自然死亡（老化）、病死者可向衛生所申請行政相驗開立死亡證明書。

二、請攜帶亡者生前相關疾病診斷書、亡者身分證申請。

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	縣 市	鄉鎮 市區	村 里	街 路	段 巷 弄 號之
出生年月日時	民國	前 <input type="checkbox"/> 國 <input type="checkbox"/>	年 月 日	上午 <input type="checkbox"/> 下午 <input type="checkbox"/>	時 分
死亡時間	民國		年 月 日	上午 <input type="checkbox"/> 下午 <input type="checkbox"/>	時 分
死亡地點及場所	縣 市	鄉鎮 市區	村 里	街 路	段 巷 弄 號之
	<input type="checkbox"/> 醫院 <input type="checkbox"/> 診所 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 同戶籍 <input type="checkbox"/> 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	
往生者婚姻	<input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 配偶死亡 <input type="checkbox"/> 不詳				
生前疾病					
與往生者關係：	申請人電話：			申請人簽章：	

相驗單位填寫

相驗經過：

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）： _____

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

衛生所電話： 04 - _____

家屬對上述有無異議：有 無

申請份數： 份

家屬簽名：

陪同人員（管區警察）簽名：

