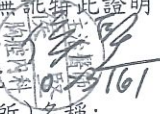



00030805

## 死亡證明書

證明書開具單位填寫

(一)姓名	林榮顯	(二)性別: 男	(三)	國民身分證統一編號	D100585324
				護照號碼	
				居留證統一證號	
(四)戶籍地址	臺中市太平區建國里19鄰建成二街30巷3號				
(五)出生時間	民國參拾玖年拾貳月貳拾日 (出生後未滿24小時死亡者需填寫時間)				
(六)死亡時間	民國壹佰壹拾貳年拾月參日下午貳拾壹時伍分				
(七)死亡地點及場所	臺中市大里區東榮路483號 仁愛醫療財團法人大里仁愛醫院				
	<input checked="" 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 checked="" 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	在何處工作從事何種行業		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的身體狀況:如心臟衰弱,身體衰弱)					
1. 直接引起死亡之疾病或傷害: 甲. 肺炎併敗血症急性呼吸衰竭  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):				發病至死亡之概略時間	數日
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)      慢性腎疾病					
以上事實確無訛特此證明					
醫師姓名: 					<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
證書字號: 161					
醫院(診所)名稱: 仁愛醫療財團法人大里仁愛醫院					
開業執照字號: 中市衛醫院字第1136200015號					
醫療院所代號: 1136200015號					
院所地址: 412 臺中市大里區東榮路483號					
中 華 民 國 112 年 10 月 4 日					

註  
1. 本證明書未蓋本院印信或未填明國民身分證號碼  
軍人填明兵籍號碼  
者, 均屬無效。

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30日內, 攜此證明向任一戶政事務所辦理死亡登記, 以免逾期受罰。  
 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。