

發文方式：郵寄

檔 號：

保存年限：

# 彰化縣衛生局 函

地址：50049彰化市中山路2段162號

承辦人：柯淑瑜

電話：04-7115141分機111

傳真：04-7115748

電子信箱：shuyu0719@mail.chshb.gov.tw

500-51 彰化市南郭路一段 63 號 5F

受文者：彰化縣醫師公會

發文日期：中華民國105年3月23日

發文字號：彰衛疾字第1050010416號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：衛生福利部公告及新版死亡證明書各乙份

主旨：重申新版死亡證明書業經衛生福利部公告並自105年1月20日生效，醫療機構開立死亡證明書應依照相關規定辦理，請查照。

說明：

- 一、本公告本局業於105年1月26日彰衛疾字1050002648號函諒達。
- 二、經查死亡資料通報辦法第四條第二項：「醫療機構、檢察機關、軍事檢察機關應於作成死亡資料七日內，以網路分別傳輸衛生福利部、法務部、國防部，衛生福利部、法務部、國防部應於接獲通報後以七日為一週期，再以網路傳輸衛生福利部。(102/11/26修訂)」
- 三、尚無帳號之醫療院所應至死亡網路通報系統首頁 (<https://das.mohw.gov.tw/DAS/>) \下載專區「使用者申請表」及「機構申請表」傳真至本局進行申請。
- 四、檢附旨揭公告及新版死亡證明書乙份。
- 五、副本抄送本縣醫師公會及診所協會，惠請協助轉知所屬會員。

正本：本縣各醫院

副本：彰化縣診所協會、彰化縣醫師公會、本局疾病管制科

# 局長 葉彥伯

擬公布網站

張 3/28

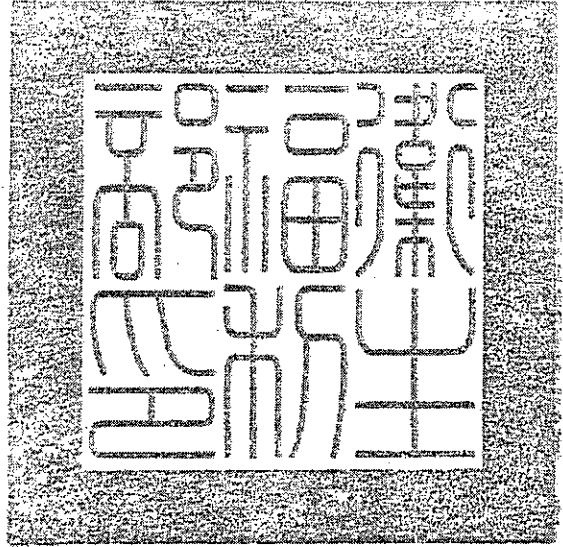
白仙提

105.4.19 第1頁 共1頁

彰化縣醫師公會	
收文日期	105. 3. 28
收文字號	彰醫字第 272 號

董培郁

# 衛生福利部 公告



發文日期：中華民國105年1月20日  
發文字號：衛部統字第1042560866號  
附件：如主旨

主旨：公告修正「死亡證明書」（如附件），並自即日生效。

依據：醫療法第七十六條。

公告事項：修正「死亡證明書」

## 部長 蔣丙煌

# 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
	市	市	市區	里	路
					段
					弄
					號之
					巷
(五)出生時間	民國	年	月	日	時
	前				分
	國				
					(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
	市	市	市區	里	路
					段
					弄
					號之
					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)					
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)					
_____					
發病至死亡概略時間					
_____					
_____					
_____					
_____					
以上事實確認無訛特此證明					
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 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。

# 死亡證明書填表說明

甲、本證明應於死亡發生後即由醫院（診所）之醫師或行政相驗人員依式填列。

乙、填寫時請注意各欄間之關係。

丙、本證明書之各欄填寫方式如下：

(一)欄填寫死亡者之姓名，如為外國人，可填寫英文姓名。

(二)欄填寫死亡者之性別，如為男即在①後之□內加√，餘類推。

(三)欄填寫死亡者之國民身分證統一編號、護照號碼或居留證統一證號，如死者為本國人，應填列國民身分證統一編號；如死者為外國人，護照號碼及居留證統一證號應同時填列，如無居留證統一證號則無需填列。

(四)欄填記死亡者之戶籍地址之詳細地址，如為外國人，可填寫現住地址。

(五)欄填記死亡者出生時間，時分依 24 小時制填寫，如凌晨 12 時 30 分，請填「0 時 30 分」。

(六)欄填記死亡者之死亡時間，時分依 24 小時制填寫，如凌晨 12 時 30 分，請填「0 時 30 分」。

(七)欄填記死亡者死亡之詳細地點及在何場所死亡，如為醫院即在①後之□內加√，餘類推。

(八)欄填記死亡者死亡之方式，如自然死即在①後之□內加√，餘類推。

(九)欄填記死亡者之詳細工作情形①欄填寫在何處（如某機關、學校、公司行號、工廠、田園、林地 … 等名稱）並填出辦理何種行業（如稅務、衛生、行政、買賣商品、種植稻麥製造機械 … 等）②填寫何種工作及職務（如業務經理、科長、打字員、會計員、售貨員、打鐵工、紡織機械操作工 … 等）之詳細名稱。

(十)欄填記死亡者之懷孕情形(限死亡者為女性填寫)，如死者為女性且於過去一年未懷孕即在①後之□內加√。

(十一)請參閱 1993 年公布之國際統計分類系統之第十修訂版所訂詳細分類表（醫師用）填列死亡原因。並請注意病因發生之先後關係及發病至死亡之概略期間如傷害致死者請填寫其引起傷害之外因。

丁、本證明書填具者請填具證書字號及醫院（診所）名稱及開業執照字號等。