

新北市新店區衛生所行政相驗申請書

申請日期： 年 月 日

死者姓名		性別	☐ 男 ☐ 女	身份證號碼	
戶籍地址	縣 市	鄉鎮 市區	村 里	街 路	段 弄 巷 樓之
出生時間	民國 前 年 月 日 時 分 後 (出生後未滿 24 小時死亡者需填寫時分)				
死亡時間	年 月 日 上 時 分 下				
死亡地址	縣 市	鄉鎮 市區	村 里	街 路	段 弄 巷 樓之
及場所	① ☐ 醫院 ② ☐ 診所 ③ ☐ 長期照護或安養機構 ④ ☐ 住居所 ⑤ ☐ 其他				
死亡方式	① ☐ 自然死(純粹僅因疾病或自然老化所引起之死亡) ② ☐ 意外死 ③ ☐ 自殺 ④ ☐ 他殺 ⑤ ☐ 不詳				
死亡者 職業	①在何處工作從事何種行業			②擔任何種工作及職務	
懷孕情形 (如死者為 女性)	① ☐ 於過去一年未懷孕 ② ☐ 懷孕中死亡 ③ ☐ 懷孕終止或結束之 42 天內死亡 ④ ☐ 懷孕終止或結束後 43 天至 1 年內死亡 ⑤ ☐ 不清楚過去一年是否懷孕				
有無就診 就診醫院			生前疾病		
申請人與 死者關係					

切結書

依法令規定車禍受傷、他殺、自殺或其他意外死亡或可疑為非病死者應報請「司法相驗」，死者並無上述情形，請 貴所辦理「行政相驗」開立死亡證明書，如有不實，本人願受法律追訴。

申請姓名：

住 址：

聯絡電話：

手 機：

備註：請備妥 亡者身份證、疾病診斷書與申請人身分證。