

副本

檔 號：  
保存年限：

台北市中醫師公會
99.11.15
收文第99572號

臺北市政府衛生局 函

地址：臺北市信義區市府路1號1樓東南區  
承辦人：游美華  
電話：27287100  
傳真：27208779  
電子信箱：B310930549@health.gov.tw

10041  
臺北市青島西路11號3樓

受文者：臺北市中醫師公會

發文日期：中華民國99年11月9日  
發文字號：北市衛醫護字第09944045500號  
速別：普通件  
密等及解密條件或保密期限：普通  
附件：如說明一

主旨：轉知行政院衛生署於99年10月13日修正並公告「死亡證明書」格式，如附件，並自本年11月1日起實施，惠請貴院轉知相關人員採用最新版本，請查照。

說明：

- 一、依據行政院衛生署99年11月4日衛署統字第0991460317號函（檢附原函影本1份）辦理。
- 二、副本抄送本市各醫師公會，請函轉知會相關會員。

正本：國立臺灣大學醫學院附設醫院、行政院國軍退除役官兵輔導委員會臺北榮民總醫院、國防醫學院三軍總醫院、醫療財團法人辜公亮基金會和信治癌中心醫院、臺北市立聯合醫院、仁康醫院、行政院衛生署臺北醫院（城區分院）、西園醫院、秀傳醫院、協和婦女醫院、泰安醫院、中心診所醫療財團法人中心綜合醫院、同仁院醫療財團法人萬華醫院、宏恩醫療財團法人宏恩綜合醫院、長庚醫療財團法人台北長庚紀念醫院、國泰醫療財團法人國泰綜合醫院、基督復臨安息日會醫療財團法人臺安醫院、財團法人康寧醫院、財團法人新光吳火獅紀念醫院、國立臺灣大學醫學院附設醫院北護分院、國軍松山總醫院、博仁綜合醫院、景美醫院、郵政總局郵政醫院、資生堂醫院、臺北市立萬芳醫院—委託財團法人私立臺北醫學大學辦理、財團法人臺灣基督長老教會馬偕紀念社會事業基金會馬偕紀念醫院、臺北市立關渡醫院、財團法人臺灣省私立臺北仁濟院附設仁濟醫院、振興醫療財團法人振興醫院、臺北醫學大學附設醫院、中山醫療社團法人中山醫院、福全醫院、中國醫藥大學附設醫院臺北分院、培靈醫院、松山醫院、國軍北投醫院附設民眾診療服務處、天心中醫醫院、全昌堂中醫醫院

副本：行政院衛生署、臺北市醫師公會（含附件）、臺北市中醫師公會（含附件）、臺北市牙醫師公會（含附件）

局長 邱文祥

本案依分層負責規定授權業務主管決行

檔 號：  
保存年限：

## 行政院衛生署 函

地址：10341台北市大同區塔城街36號  
傳 真：(02)85906071  
聯絡人及電話：彭花春(02)85906782  
電子郵件信箱：stpenghc@doh.gov.tw

受文者：如正副本受文者

發文日期：中華民國99年11月4日  
發文字號：衛署統字第0991460317號  
速別：最速件  
密等及解密條件或保密期限：  
附件：中文版死亡證明書(0991460317-1.doc)

主旨：死亡證明書業於本(99)年10月13日修正並公告，如附件，並  
自本年11月1日起實施，惠請周知各相關單位採用最新版本  
，請查照。

正本：各直轄市及縣市衛生局

副本：

署長楊志良

本案依分層負責規定授權處室主管執行



# 死亡證明書

病歷號碼：

死亡證字：

證明書開具單位填寫					衛生單位註碼					
(一)姓名		(二) <input type="checkbox"/> 男 性別 <input type="checkbox"/> 女	(三)國民身分證 統一號碼							
(四)戶籍 所在地	省 市	縣 市	鄉鎮 市區	村 里	街 路	段 弄	巷 號之	縣市	鄉鎮	
(五)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		年	月	日
(六)死亡年月 日時	民國		年 月 日	上午 <input type="checkbox"/> 下午 <input type="checkbox"/>	時	分		年	月	日
(七)死亡地點 及場所	省 市	縣 市	鄉鎮 市區	村 里	街 路	段 弄	巷 號之			
	<input type="checkbox"/> 醫院 <input type="checkbox"/> 診所 <input type="checkbox"/> 助產所 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 其他									
(八)死亡種類	<input type="checkbox"/> 病死或自然死 <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			職業碼		
(十)死亡者婚 姻狀況	<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									
(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)					發 病 至 死 亡 之 概 略 時 間	原死因註碼				
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)										
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：										
醫院(診所)名稱：							診斷或證明者 身分代號			
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							填表人簽章			
中 華 民 國 年 月 日										

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、請攜此證明死亡事件發生或確定後三十日內向戶政事務所辦理死亡登記。

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限定或拋棄繼承。

## 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）之醫師或由行政、司法等機關之相驗人員依式填列。

乙、如屬行政或司法相驗者(十一)欄以下之證明改由該等機關及相驗人員負責簽名蓋章。

丙、填寫時請注意各欄間之關係。

丁、本證明書之各欄填寫方式如下：

(一)、欄填寫死亡者之姓名。

(二)、欄填寫死亡者之性別，如為男即在⊙後之□內加√，餘類推。

(三)、欄填寫死亡者之國民身分證之統一號碼。

(四)、欄填記死亡者之戶籍所在地之詳細地址。

(五)、欄填記死亡者出生之年月日。

(六)、欄填記死亡者之死亡詳細時間。

(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⊙後之□內加√，餘類推。

(八)、欄填記死亡者死亡之種類，如病死或自然死即在⊙後之□內加√，餘類推。

(九)、欄填記死亡者之詳細工作情形⊙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）  
⊙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)、欄填記死亡者之婚姻狀況，如為未婚者即在⊙後之□內加√，餘類推。

(十一)、請參閱 1975 年審訂之國際疾病傷害及死因分類表所訂詳細分類表（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。

戊、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。

己、本證明書之註號欄由衛生單位人員依據死因統計作業手冊之規定填寫。

注意事項：一、請攜此證明死亡事件發生或確定後三十日內向戶政事務所辦理死亡登記。

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限定或拋棄繼承。