

南投縣鹿谷鄉衛生所行政相驗申請書

死亡者姓名	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生年月日 民國 年 月 日	身分證字號
戶籍地址			
死亡時間	年 月 日	<input type="checkbox"/> 上午 <input type="checkbox"/> 下午	時 分
死亡地點	<input type="checkbox"/> 同戶籍地址 <input type="checkbox"/>		
生前病史	<input type="checkbox"/> 腦中風 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血壓 <input type="checkbox"/> 尿毒症 <input type="checkbox"/> 肝硬化 <input type="checkbox"/> 癌症_____ <input type="checkbox"/> 其他_____		
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		
檢附文件	<input type="checkbox"/> 1、身分證或戶口名簿 <input type="checkbox"/> 2、原診治醫院診斷書或病歷摘要 <input type="checkbox"/> 3、其他_____		
<p>依法令規定如因車禍受傷、他殺、自殺、其他意外死亡或疑為非病死者，應報請檢察機關辦理「司法相驗」，死亡者並無上述情形，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。</p> <p style="text-align: center;">此 致</p> <p>南投縣鹿谷鄉衛生所</p> <p style="text-align: right;">申請人（具結人）： 章 身分證字號： 與死者關係：死亡者之 聯絡地址： 聯絡電話：</p> <p style="text-align: right;">簽</p> <p style="text-align: center;">中 華 民 國 年 月 日</p>			

備註：

- 一、死亡之原因係由於自然死亡（老化）、病死者，可向本所提出申請，由本所醫師到府行政相驗並開具死亡證明書。其他如因自殺、意外死亡、或不明原因之暴斃，則須先向所屬派出所報案，再請檢察官會同法醫驗屍。
- 二、死亡者於生前如曾送醫就診，請攜帶相關疾病診斷書以為申請行政相驗之附件。
- 三、行政相驗無誤後發給死亡證明書，請申請人至衛生所繳納相關規費後領取。