

<記入例>

死亡届

令和 4 年 5 月 20 日 届出

(宛先) 三重県津市長

消すことのできるボールペンで書かないでください。

受理 令和 年 月 日 発送 令和 年 月 日

摩擦によって消えるインキでは書かないでください。

死亡診断書の「死亡したところ」の住所を記入してください。病院名は記入しないでください。

| | | |
|-----------------------|--|---|
| (1) (よみかた) | つ し く に お | |
| (2) 氏 名 | 津 市 | 国 男 <input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 |
| 生 年 月 日 | 大正 平成 昭和 令和 | 15 年 2 月 3 日 <input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 時 分 |
| 死亡したとき | 令和 4 年 5 月 19 日 | <input checked="" type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 7 時 40 分 |
| 死亡したところ | 三重県津市西丸之内 | 2 3 番地 7 0 号 |
| 住 所 | 三重県津市西丸之内 | 2 3 番地 1 号 |
| (住民登録をしているところ) | 方書(アパート名等) | 世帯主の氏名 津市 一郎 |
| 本 籍 | 三重県津市西丸之内 | 2 3 番地 |
| (外国人のときは国籍だけを書いてください) | 筆頭者の氏名 | 津市 国男 |
| (8) 死亡した人の夫または妻 | <input type="checkbox"/> いる (満 歳) <input type="checkbox"/> いない (<input type="checkbox"/> 未婚 <input checked="" type="checkbox"/> 死別 <input type="checkbox"/> 離別) | |
| (10) 死亡したときの世帯のおもな仕事と | <input type="checkbox"/> 1. 農業だけまたは農業とその他の仕事を持っている世帯 <input type="checkbox"/> 2. 自由業・商工業・サービス業等を個人で経営している世帯 <input type="checkbox"/> 3. 企業・個人商店等(官公庁は除く)の常用勤労者世帯で勤め先の従業員数が1人から99人までの世帯(日々または1年未満の契約の雇用者は5) <input checked="" type="checkbox"/> 4. 3にあてはまらない常用勤労者世帯及び会社団体の役員の世界帯(日々または1年未満の契約の雇用者は5) <input type="checkbox"/> 5. 1から4にあてはまらないその他の仕事をしている者のいる世帯 <input type="checkbox"/> 6. 仕事をしている者のいない世帯 | |
| (11) 死亡した人の職業・産業 | 職業 | 産業 |
| その他 | | |
| 届 出 人 | <input checked="" type="checkbox"/> 1. 同居の親族 <input type="checkbox"/> 2. 同居していない親族 <input type="checkbox"/> 3. 同居者 <input type="checkbox"/> 4. 家主 <input type="checkbox"/> 5. 地主 <input type="checkbox"/> 6. 家屋管理人 <input type="checkbox"/> 7. 土地管理人 <input type="checkbox"/> 8. 公設所の長 <input type="checkbox"/> 9. 後見人 <input type="checkbox"/> 10. 保佐人 <input type="checkbox"/> 11. 補助人 <input type="checkbox"/> 12. 任意後見人 <input type="checkbox"/> 13. 任意後見受任者 | |
| 住所 | 三重県津市西丸之内 | 2 3 番地 1 号 |
| 本籍 | 三重県津市西丸之内 | 2 3 番地 |
| 署名 | 津市 一郎 (津市) | 昭和 40 年 1 1 月 1 日生 |

記入の注意

鉛筆や消えやすいインキで書かないでください。死亡したことを知った日からかぞえて7日以内に届書は、一通でさしつかえありません。

「筆頭者の氏名」には、戸籍のはじめに記載されている人の氏名を書いてください。

内縁のものはふくまれません。
には、あてはまるものに☑のようにしるしをつけてください。

死亡者について書いてください。

届け出られた事項は、人口動態調査(統計法に基づく基幹統計調査、厚生労働省所管)、がん登録等の推進に関する法律に基づく全国がん登録(厚生労働省所管)にも用いられます。

死亡診断書(死体検案書)

この死亡診断書(死体検案書)は、我が国の死因統計作成の資料としても用いられます。かい書で、できるだけ詳しく書いてください。

記入の注意

| | | | | |
|--|---|---|---|---------------------------------|
| 氏 名 | 1 男 2 女 | 生年月日 | 明治 昭和 年 月 日 大正 平成 令和 (生まれたから30日以内に死亡したときまたは生まれた時刻も書いてください) | 午前・午後 時 分 |
| 死亡したとき | 令和 年 月 日 | 午前・午後 時 分 | | |
| (12) 死亡したところ | 死亡したところの種別 | 1 病院 2 診療所 3 介護医療院・介護老人保健施設 4 助産所 5 老人ホーム 6 自宅 7 その他 | 番地 番 号 | |
| (13) 及びその種別 | 死亡したところ (死亡したところの種別-3) 施設 の 名 称 | | | |
| 死亡の原因 | (ア)直接死因 | 発病(発症) 又は受傷から死亡までの期間 | | |
| (14) ◆1欄、2欄ともに疾患の終末期の状態で死亡した場合は、呼吸不全等は書かないでください。 | (イ)原因 | ◆年、月、日等の単位で書いてください。ただし、1日未満の場合は、時、分等の単位で書いてください。(例:1年3ヵ月、5時20分) | | |
| | (ウ)原因 | | | |
| | ◆1欄の発病名の記載は各欄一つにしてください | | | |
| 手術 | 1 無 2 有 | 部位及び主要所見 | 手術年月日 | 令和 平成 昭和 年 月 日 |
| 解剖 | 1 無 2 有 | 主要所見 | | |
| (15) 死因の種類 | 1 病死及び自然死 2 交通事故 3 転倒・転落 4 溺水 5 煙、火災及び火焔による傷害 6 窒息 7 中毒 8 その他 9 不詳の死 10 他死及び不詳の他死 11 自殺 12 他殺 13 その他及び不詳の他死 | | | |
| 外 因 死 の 追 加 事 項 | 傷害が発生したとき | 令和・平成・昭和 年 月 日 午前・午後 時 分 | 傷害が発生したところ | 都道府県 市区町村 |
| ◆伝聞又は推定情報の場合でも書いてください | 手段及び状況 | | | |
| 生後1年未満で | 出生時体重 | グラム | 単胎・多胎の別 | 1 単胎 2 多胎 (子中第 子) |
| (17) 追加事項 | 妊娠・分娩時における母体の病態又は異状 | 母の生年月日 | 前項までの妊娠結果 | 出生児 人 死産児 胎 (妊娠満22週以後に限る) |
| (18) その他特に付言すべきこと | 上記のとおり診断(検案)する 診断(検案)年月日 令和 年 月 日 本診断書(検案書)発行年月日 令和 年 月 日 | | | |
| (19) (病院、診療所、介護医療院若しくは介護老人保健施設等の名称及び所在地又は医師の住所) | (氏名) | 医師 | 番地 番 号 | 印 |

※生年月日が不詳の場合推定年齢をカッコを付書いてください。

夜の12時は「午前0時」の12時は「午後0時」を書いてください。

「老人ホーム」は、介護ホーム、特別介護老人ホーム、介護老人ホーム及び有料老人ホームをいいます

死亡したところの種別「3 介護医療院・介護保健施設」を選択した場合は、施設の名前に「介護医療院、介護老人保健施設」の別をカッコ内に書いてください。

傷病名等は、日本語で書いてください。I欄では、各傷病につ発病の型(例:急性)、(例:病歴体名)、部位(例:胃噴門部がん)、(例:病理組織型)等できるだけ書いてください

妊娠中の死亡の場合は「妊娠何週」と書いてください。また、分娩死亡の場合は「妊娠何週の分娩中」と書いてください。産後42日未満の死亡の場合は「産後何週何日」と書いてください。

I欄及びII欄に手術について、術式や診断名と関連のある見等を書いてください。介状や伝聞等によるものについては「伝聞」と書いてください。

「2 交通事故」は、事故からの期間にかかわらずその事故による死亡がします。「5 煙、火災及び火焔による傷害」は、火災による酸化炭素中毒、窒息等を含みます。

「1 住所」とは、住宅をいいます。老人ホーム等住居施設は含まれません。傷害がどのような状況であったかを具体的に書いてください。

妊娠週数は、最終月経基礎体温、超音波計により推定し、できる正確に書いてください。母子健康手帳等を添付してください。

こちら側は医師の証明が必要です。