

死亡届

令和 年 月 日 届出

北海道北見市長 殿

| | | | | | | |
|-------------|-------------|------|-----|-----|-----|-----|
| 受理 令和 年 月 日 | 発送 令和 年 月 日 | | | | | |
| 第 号 | | | | | | |
| 送付 令和 年 月 日 | 長 印 | | | | | |
| 第 号 | | | | | | |
| 書類調査 | 戸籍記載 | 記載調査 | 調査票 | 附 票 | 住民票 | 通 知 |

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

| | | | | |
|----------------------|--|---------|-----|-------|
| (1) (よみかた) | 氏 名 | 姓 | 名 | □男 □女 |
| (2) 氏 名 | | | | |
| (3) 生年月日 | 年 月 日 | □午前 □午後 | 時 分 | |
| (4) 死亡したとき | 令和 年 月 日 | □午前 □午後 | 時 分 | |
| (5) 死亡したところ | 番地 番 号 | | | |
| (6) 住 所 | 番地 番 号 | | | |
| (7) 本 籍 | 番地 番 | | | |
| (8) 死亡した人の夫 または 妻 | 筆頭者の氏名 | | | |
| (9) 死亡したときの世帯のおもな仕事と | 職業 | 産業 | | |
| (10) 死亡した人の職業・産業 | 職業 | 産業 | | |
| (11) その他 | | | | |
| 届 出 人 | <input 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 | | | |
| 住所 | 番地 番 号 | | | |
| 本 籍 | 番地 番 | 筆頭者の氏名 | | |
| 署 名 | 印 | 年 月 日 生 | | |
| 事件簿番号 | | | | |

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日以内に出してください。

届書は、1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

◎届出人の印をご持参ください。

※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。

| | | | | |
|--|---|---|---|----------------|
| 氏 名 | 1 男 2 女 | 生年月日 | 明治 昭和 年 月 日 大正 平成 令和 年 月 日 生まれてから30日以内に死亡したとき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 | | |
| 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 | | |
| 及びその種別 | 死亡したところ (死亡したところの種別1~5) 施設 の 名 称 | 番地 番 号 | | |
| 死亡の原因 | I (ア)直接死因 (イ) (ウ) (エ) (イ)の原因 (ウ) (イ)の原因 (エ) (ウ)の原因 | 発病（発生） 又は受傷から 死亡までの 期間 ◆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か月、5時間20分) | | |
| 手術 | 1 無 2 有 | 部位及び主要所見 | 手術年月日 | 令和 平成 年 月 日 昭和 |
| 解剖 | 1 無 2 有 | 主要所見 | | |
| 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 その他及び不詳の死 | | | |
| 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の種別 1 住居 2 工場及び建築現場 3 道路 4 その他 () | 傷害が発生したところ | 都道府県 市区町村 |
| 生後1年未満で病死した場合の追加事項 | 出生時体重 グラム 単胎・多胎の別 1 単胎 2 多胎 (子中第 子) | 妊娠週数 満 週 | | |
| その他特に付言すべきことがら | | | | |
| 上記のとおり診断（検案）する | 診断（検案）年月日 | 令和 年 月 日 | | |
| 病院、診療所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 | 本診断書（検案書）発行年月日 | 令和 年 月 日 | 番地 番 号 | |

生年月日が不詳の場合は、推定年齢をカッコで書いてください。

夜の12時は「午前0時」、昼の12時は「午後0時」と書いてください。

「5老人ホーム」は、養護老人ホーム、特別養護老人ホーム、軽費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で「3介護医療院・介護老人保健施設」を選択した場合は、施設の名前に続けて、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。1欄につき各傷病について発病の型(例：急性)、病因(例：病原体名)、部位(例：胃噴門部がん)、性状(例：病理組織型)等もできるだけ書いてください。

妊娠中の死亡の場合は「妊娠満何週」、また、分娩中の死亡の場合は「妊娠満何週の間」と書いてください。産後42日未満の死亡の場合は「妊娠満何週産後満何日」と書いてください。

I欄及びII欄に係る手術について、術式又はその診断名と関連のある所見等を書いてください。紹介状や伝聞等による情報についてもカッコで書いてください。

「2交通事故」は、事故発生からの期間にかかわらず、その事故による死亡が該当します。「5煙、火災及び火焔による傷害」は、火災による一酸化炭素中毒、窒息等も含まれます。

「1住居」とは、住宅、庭等をいい、老人ホーム等の居住施設は含まれません。

傷害がどういった状況で起こ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、超音波計測等により推定し、できるだけ正確に書いてください。

母子健康手帳等を参考に書いてください。