

# 臺中市南區衛生所行政相驗申請單

申請日期：      年      月      日

死者姓名		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	身分證號碼	
出生日期	年      月      日	就診醫院		
死亡時間	年   月   日 <input type="checkbox"/> 上午 <input type="checkbox"/> 下午   時   分			
戶籍地址	市      區      里      鄰 路(街)      段      巷(弄) 號      樓之	生前疾病		
死亡地址	<input type="checkbox"/> 同上 <input type="checkbox"/> 其他，另列如下 市      區      里      鄰 路(街)      段      巷(弄) 號      樓之	申請人與死者之關係		
懷孕情形 (死者為女性)	① <input type="checkbox"/> 於過去一年未懷孕    ② <input type="checkbox"/> 懷孕中死亡 ③ <input type="checkbox"/> 懷孕終止或結束之42天內死亡    ④ <input type="checkbox"/> 懷孕終止或結束後43天至1年內死亡 ⑤ <input type="checkbox"/> 不清楚過去一年是否懷孕			
依法令規定車禍受傷、他殺、自殺、其他意外死亡、死者為刑事訴訟之當事人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。 <b>【本案件非謀殺、自殺、意外案件】</b>  申請人(死者之直系親屬)：  申請人身分證號碼：  住      址：  電      話：				
死亡證明書：                      份				

應附證件：

1. 最近之診斷證明書或病歷影本。
2. 死者身分證及申請人身分證(死者之直系親屬)或可證明親屬關係之戶口名簿。

臺中市南區衛生所地址：臺中市南區工學路72號2樓      電話：(04)22629735