





死亡證明書

病歷號碼：5167265
死亡證字：1078179

證明書開具單位填寫						
姓名	謝進祿	性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	本國籍 <input type="checkbox"/> 外國籍	<input checked="" type="checkbox"/> 國民身分證統一編號 <input type="checkbox"/> 護照號碼 <input type="checkbox"/> 居留證統一證號	A121914386
戶籍地址	苗栗縣通霄鎮內島里2鄰內島16之8號					
出生時間	1960年 03月 03日 上午 00時 00分 (民國 肆拾玖年 參月 參日 上午 零時 零分)					
死亡時間	2024年 07月 13日 上午 04時 47分 (民國 壹佰壹拾參年 柒月 壹拾參日 上午 肆時 肆拾柒分)					
死亡地點及場所	臺中市梧棲區臺灣大道八段699號 <input checked="" type="checkbox"/> 醫院 <input type="checkbox"/> 診所 <input type="checkbox"/> 長期照護或安養機構 <input type="checkbox"/> 住居所 <input type="checkbox"/> 其它					
死亡方式	<input checked="" type="checkbox"/> 自然死(純粹僅因疾病或自然老化所引起之死亡) <input type="checkbox"/> 意外死 <input type="checkbox"/> 自殺 <input type="checkbox"/> 他殺 <input type="checkbox"/> 不詳					
死亡者行職業	在何處工作從事何種行業		擔任何種工作及職務			
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					
死亡原因： (儘量不要填寫症狀或死亡當時的身體狀況：如心臟衰弱、身體衰弱)	1. 直接引起死亡之疾病或傷害：甲、癌症惡病質 先行原因：(若有引起上述死乙、(甲之原因) 乙狀結腸癌術後肺臟及肝臟轉移 因之疾病或傷害) 丙、(乙之原因) 丁、(丙之原因)				約3個月 約3個月	
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)					發病至死亡概略時間	
以上事實確無訛特此證明	醫師姓名： 證書字號： 負責人： 醫院(診所)名稱： 開業執照字號： 醫療院所代碼： 院所地址：	張瀛澤 醫字第 19923 號 童 瑞 年 童綜合醫療社團法人童綜合醫院 中衛醫院字第 0936060016 號 0936060016 臺中市梧棲區臺灣大道八段699號	 		<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	
2024 年 07 月 13 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、請於死亡事件發生30日內，攜此證明向任一戶政事務所辦理死亡登記，以免逾期受罰。

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拋棄繼承。