臺中市　行政相驗申請書

申請時間：　　年　　月　　日　　時　　分　　編號：

申請行政相驗，*請確定有無下列情形*：

□ 有下列情形:應報請司法相驗--

依醫療法第 76 條：醫院、診所對於非病死或可疑為非病死者，應報請檢察機關依法相驗。

□意外事故：如交通、溺水、窒息、潛水夫病、跌倒、火災、中暑、落雷、觸電等意外事故或大體上已有明顯外傷者

□自殺：自縊、燒炭、汽車廢氣、服藥自殺等

□他殺：兇殺、鬥毆、虐死等

□死亡過久之遺體，非經科學檢驗無法推斷死亡時間及死亡原因者

□因醫療行為衍生之死亡案件：如藥物注射後死亡、麻醉後死亡、手術中或手術後死亡、分娩所造成之不預期之死亡，恐生醫療糾紛等案件

□診斷未明且死於送醫途中(OHCA)，家屬對死因有疑問

□車禍及其相關後遺症

□中毒及其相關後遺症

□工安意外及其相關後遺症

□有家族財務紛爭、保險給付紛爭或家屬照護責任爭議，須經科學檢驗大體者

□有吸毒、酗酒病史者

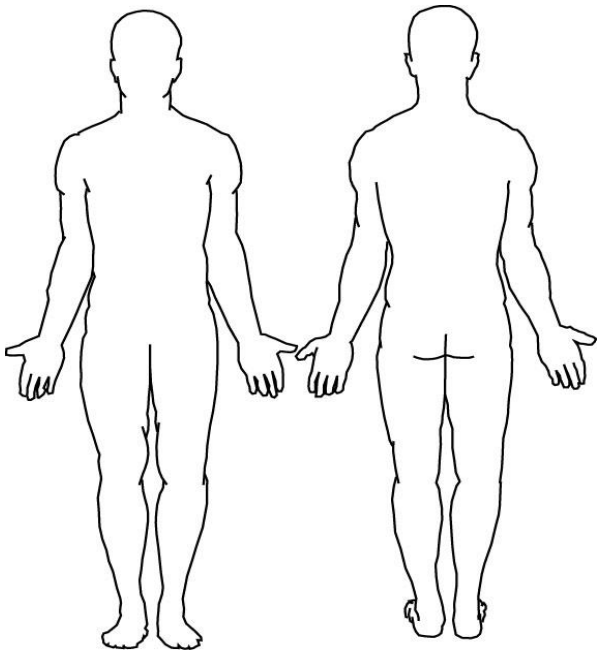
□往生者為刑事訴訟之當事人

□無,請家屬具結：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿(與往生者關係:＿＿＿＿＿＿＿＿)保證絕無上開屬司法相驗之情形，如為不實之陳述以致製作不實之公文書，願負法律責任。請備齊：往生者生前相關疾病診斷書、病歷摘要、身分證明文件

申　請　者　填　寫					
往生者姓名		性別		國民身分證統一號碼	
往生者戶籍	市(縣)　區(鄉鎮市)　村里　街路　段　巷弄　號之				
出生年月日時	民 前□ 國□　年 月 日　上午□ 下午□　時　分（出生後未滿 24 小時死亡者需填寫時間）				
死亡時間	民國　年　月　日　上午□ 下午□　時　分				
死亡地點及場所	市(縣)　區(鄉鎮市)　村里　街路　段　巷弄　號之				
	①□醫院　②□診所　③□長期照護或安養機構　④□自宅　⑤□其他				
往生者職業	在何處工作從事何種行業			擔任何種工作及職務	
往生者婚姻	□未婚　□已婚　□離婚　□配偶死亡　□不詳				

相驗發現

相驗單位填寫



死亡原因：直接引起死亡之疾病或傷害:

甲、

先行原因：（若有引起上述死因之疾病或傷害）

乙、（甲之原因）：

丙、（乙之原因）：

丁、（丙之原因）：

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）

衛生所醫師姓名：

年　　月　　日　　時　　分

衛生所(醫療院所)電話：０４－2XXXXXXX　家屬對上述有無異議：□有　□無

申請份數：　　份

家屬簽名：

陪同人員（管區警察）簽名：

民眾申請死亡證明書紀錄表

編號	時間	往生者姓名	往生者住址	家屬姓名	衛生所受理者	電話	份數	備註
	月　日 時　分		市（縣）　　區（鄉鎮市） 里（村）　　路（街） 段　巷　弄　號之 身分證字號（或健保卡號）：					
	月　日 時　分		市（縣）　　區（鄉鎮市） 里（村）　　路（街） 段　巷　弄　號之 身分證字號（或健保卡號）：					
	月　日 時　分		市（縣）　　區（鄉鎮市） 里（村）　　路（街） 段　巷　弄　號之 身分證字號（或健保卡號）：					
	月　日 時　分		市（縣）　　區（鄉鎮市） 里（村）　　路（街） 段　巷　弄　號之 身分證字號（或健保卡號）：					
	月　日 時　分		市（縣）　　區（鄉鎮市） 里（村）　　路（街） 段　巷　弄　號之 身分證字號（或健保卡號）：					
	月　日 時　分		市（縣）　　區（鄉鎮市） 里（村）　　路（街） 段　巷　弄　號之 身分證字號（或健保卡號）：					
	月　日 時　分		市（縣）　　區（鄉鎮市） 里（村）　　路（街） 段　巷　弄　號之 身分證字號（或健保卡號）：					