

記入例

死亡届

令和元年7月3日届出

羽島市長殿

受理 令和 年 月 日	発送 令和 年 月 日					
第 号	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

届出する日を記入してください。届出期間は、死亡を知った日から数えて7日（国外では3か月）以内です。

死亡したところは病院等の名称ではなく、住所地番を記入してください。

届出人の順番は同居の親族、次に同居していない親族です。なるべく近親者の方がなってください。

(1) (よみかた)	この はなこ	氏名	甲野 花子	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女
(2) 氏名	甲野 花子			
(3) 生年月日	昭和15年1月1日			
(4) 死亡したとき	令和元年7月3日			<input checked="" type="checkbox"/> 午前 1時00分
(5) 死亡したところ	羽島市新生町3丁目246			
(6) 住所	羽島市竹鼻町55			
(7) 本籍	羽島市竹鼻町55			
(8) 死亡した人の夫または妻	<input checked="" type="checkbox"/> いる (満81歳)			
(9) 死亡したときの世帯のおもな仕事	<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者数が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 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 checked="" type="checkbox"/> 6. 仕事をしている者のいない世帯			
(10) 死亡した人の職業・産業	職業	産業		
(11) その他	<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			
届出人	住所	本籍	筆頭者の氏名	署名
	羽島市竹鼻町55	羽島市竹鼻町55	甲野 一郎	甲野 太郎
				印 昭和45年1月15日生
事件簿番号	連絡先	電話	058(391)1111	
	自宅・勤務先			

記入の注意  
鉛筆や消えやすいペ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数えて7日以内に  
届書は、1通でさしつかえありません。

死亡診断書からそのまま書き写してください。  
ている人の氏名を書いてください。

世帯の主な仕事をチェックしてください。

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。

◎届出人の印を  
昼間、連絡のつく電話番号を記入してください。

死亡診断書（死体検案書）

死亡診断書は医師が記入します。加筆・修正しないでください。

氏名	甲野 花子	性別	1男 2女	生年月日	明治 昭和 令和 15年1月1日
死亡したとき	令和元年7月3日	時刻	午前 午後 1時00分		
死亡したところ及びその種別	羽島市新生町3丁目246番地				
死亡したところの種別	羽島市民病院				
死亡の原因	(ア) 直接死因	脳出血	発病(発症)	10時間	
	(イ) (ア)の原因	動脈硬化症	又は受傷から死亡までの期間	約2ヶ月	
	(ウ) (イ)の原因		◆年、月、日等の単位で書いてください		
	(エ) (ウ)の原因		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		
	(オ) (エ)の原因		(例：1年3ヶ月、5時間20分)		
手術	部位及び主要所見	1無 2有	手術年月日	令和 平成 年 月 日	
解剖	主要所見	1無 2有			
死因の種類	<input checked="" type="checkbox"/> 1 病死及び自然死 外因死 不慮の外因死 { 2交通事故 3転倒・転落 4溺水 5煙、火災及び火焰による傷害 } 6窒息 7中毒 8その他 その他及び不詳の外因死 { 9自殺 10他殺 11その他及び不詳の外因死 } 12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	都道府県	市区町村
	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 ( )		市 郡 町村	
	手段及び状況				
生後1年未満で病死した場合の追加事項	出生時体重	単胎・多胎の別	妊娠週数		
	グラム	1単胎 2多胎 ( 子中第 子)	満 週		
	妊娠・分娩時における母体の病態又は異状	母の生年月日	前回までの妊娠の結果		
	1無 2有 3不詳	昭和 平成 令和 年 月 日	出生児 人 死産児 胎		
			(妊娠満22週以後に限る)		
その他特に付言すべきことがら					
医師	羽島 太郎		印		

記入の注意

生年月日が不詳の場合は、推定年齢をカッコで付して書いてください。

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、施設の名称に続けて、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。I欄では、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「妊娠経過」、また、分娩中の死亡の場合は「妊娠経過の分娩中」と書いてください。

産後42日未満の死亡の場合には「妊娠経過産後何日」と書いてください。

I欄及びII欄に関係した手術について、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を付して書いてください。

「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、火災及び火焰による傷害」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。

傷害がどのような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。

(12) 死亡したところ及びその種別 (13) 死亡したところの種別 (14) 死亡の原因 (15) 死因の種類 (16) 外因死の追加事項 (17) 生後1年未満で病死した場合の追加事項 (18) その他特に付言すべきことがら (19) 医師