

死亡届

令和 年 月 日届出

千葉県習志野市長 殿

受理 令和 年 月 日						
第 号						
書類調査	戸籍記載	記載調査	調査票	附 票	住民票	通知

(1)	(フリガナ)	氏 名	□男 □女
(2)	氏 名		
(3)	生 年 月 日	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 時 分 □午後 時 分
(4)	死亡したとき	令和 年 月 日	□午前 時 分 □午後 時 分
(5)	死亡したところ		番 号
(6)	住 所 (住民登録をしているところ)	世帯主の氏名	
(7)	本 籍 (外国人のときは国籍だけを書いてください)	番地 番	
(8)	死亡した人の夫 または 妻	□いる (満 歳) □いない(□未婚 □死別 □離別)	
(9)	死亡したときの世帯のおもな仕事と	<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 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	(国勢調査の年… 年…4月1日から翌年3月31日までに死亡したときだけ書いてください)	
(11)	その他	職業 産業	
	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 <input type="checkbox"/> 13.任意後見受任者	
	住所		
	本 籍	番地 番	筆頭者の氏名
	署 名 (※押印は任意)	印	年 月 日生
	事件簿番号		
	連絡先	電話 ()	自宅・勤務先・携帯

記入の注意

鉛筆や消えやすいインク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。

太枠内□には、あてはまるものに☑のようにしをつけてください。

死亡したところが、台湾またはパレスチナ(ヨルダン川西岸地区及びガザ地区)である場合、地域から記載することができます。

「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。

外国人のうち、次の地域の法を本国法とする人は、国籍に代えて地域を記載することができます。
1 台湾
2 パレスチナ(ヨルダン川西岸地区及びガザ地区)

内縁のものはふくまれません。

死亡者について書いてください。

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。

氏 名	1 男 2 女	生年月日	明治 昭和 令和 年 月 日 大正 平成 (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			
(12) 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		
(13) 及びその種別	死亡したところ	番 号		
	(死亡したところの種別1~5)	()		
	施設の名称	()		
(14) 死亡の原因	I	(ア)直接死因		発病(発症)又は受傷から死亡までの期間
		(イ)(ア)の原因		
		(ウ)(イ)の原因		
		(エ)(ウ)の原因		
	II	直接には死因に関係しないがI欄の傷病経過に影響を及ぼした傷病名等		◆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ヵ月、5時間20分)
手術	1無 2有	部位及び主要所見	昭和 平成 令和 年 月 日	
解剖	1無 2有	主要所見		
(15) 死因の種類	1 病死及び自然死 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 } 外因死 { 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 } 12 不詳の死			
(16) 外因死の追加事項	傷害が発生したとき	平成・令和 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
	◆伝聞又は推定情報の場合でも書いてください	手段及び状況		
(17) 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	妊娠週数
	妊娠・分娩時における母体の病態又は異状		1単胎 2多胎(子中第子)	満 週
(18) その他特に付言すべきことがら	1無 2有		母の生年月日	前回までの妊娠の結果
			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)
(19) 上記のとおり診断(検案)する	診断(検案)年月日 令和 年 月 日 本診断書(検案書)発行年月日 令和 年 月 日			
	病院、診療所、介護医療院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			番地 番 号
	(氏名) 医師			

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けて書いてください。

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、介護老人ホーム、特別介護老人ホーム、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「妊娠満何週」、また、分娩中の死亡の場合は「妊娠満何週の分娩中」と書いてください。産後1年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欄に關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けて書いてください。

「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。

傷害がどういふ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。

氏名の欄には、医師本人が署名してください。記名押印は原則不可です。

斎場
亡くなった方から見た続柄
(例:長男の長男 等)

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)、高齢者の医療の確保に関する法律に基づくレセプト情報・特定健診等情報データベース(厚生労働省所管)、感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律に基づく所要の感染症対策(厚生労働省所管)にも用いられます。