

消えるボールペンで書かないでください。

死亡届

令和 4 年 5 月 2 日届出

大分県臼杵市長 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	大分県臼杵市長 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

(1) (よみかた)	この きみこ
(2) 氏 名	甲 野 キミ子 <input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女
(3) 生 年 月 日	明治(昭和) 2 年 5 月 22 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を書いてください) <input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 時 分
(4) 死亡したとき	令和 4 年 5 月 1 日 <input checked="" type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 9 時 頃 分 (推定) ※死亡診断書同様に記入。時刻の記入注意
(5) 死亡したところ	大分県臼杵市大字戸室 〇〇 番地 の 〇 番 号
(6) 住 所 (住民登録をしているところ)	大分県臼杵市大字臼杵 110 番地 番 号 世帯主の氏名 甲野 一男
(7) 本 籍 (外国人のときは国籍だけを書いてください)	大分県臼杵市大字臼杵 110 番地 番 号 筆頭者の氏名 甲野 一男
(8) 死亡した人の夫または妻	<input type="checkbox"/> いる (満 歳) <input type="checkbox"/> いない (<input type="checkbox"/> 未婚 <input checked="" type="checkbox"/> 死別 <input type="checkbox"/> 離別) ※いる、いない該当箇所チェック。いる場合は年齢も記入
(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 checked="" 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界(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 ※1~6の該当する箇所にチェック
(10) 死亡した人の職業・産業	(国勢調査の年…令和 年…の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) 職業 産業
(11) その他	
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
住所	大分県臼杵市大字臼杵 110 番地 番 号
本籍	大分県臼杵市大字臼杵 110 番地 番 号 筆頭者の氏名 甲野 一郎
署名 (捺印は任意)	甲野 一郎 ※自署 印 大正 昭和 平成 30 年 7 月 1 日生

記入の注意
鉛筆や消えやすいイ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かぞえて7日以内に出してください。
届書は、1週でさしつかえありません。

「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。
内縁のものはふくまれません。

□には、あてはまるものに☑のようにするをつけてください。
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。

記入例

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。楷書で、できるだけ詳しく書いてください。

氏 名	甲野 キミ子	1男 2女	生年月日	明治(昭和) 2 年 5 月 22 日 大正 平成 令和 (生まれてから30日以内に死亡したときは生まれた時刻を書いてください)	午前・午後 時 分
死亡したとき	令和 4 年 5 月 1 日				午前・午後 9 時 頃 分 (推定)
死亡したところ及びその種別	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)	大分県臼杵市大字戸室 〇〇 番地 の 〇 番 号		
死亡の原因	(ア)直接死因	〇〇	発病(発症)	〇〇	
	(イ)(ア)の原因		又は受傷から死亡までの期間		
	(ウ)(イ)の原因		◆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、分の単位で書いてください。(例:11月30日、5時20分)		
	(エ)(ウ)の原因		◆1欄では、最も死亡に影響を与えた原因を医学的因果関係の順で書いてください		
	(オ)(エ)の原因		◆1欄の傷病名の記載は各欄一つにしてください		
手術	1無 2有	部位及び主要所見		手術年月日	令和 平成 昭和 年 月 日
解剖	1無 2有	主要所見			
死因の種類	1病死及び自然死	2外因死	不慮の外因死 { 2交通事故 3転倒・転落 4溺水 5焼、火災及び火傷による傷害 } 6墮落 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 }		
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 ()			
	手段及び状況				
生後1年未満での病死した場合の追加事項	出生時体重	単胎・多胎の別	1単胎 2多胎 (子中第 子)	妊娠週数	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	昭和 平成 令和 年 月 日	前回までの妊娠の結果	出生児 人 死産児 胎 (妊娠22週以後に限る)
	1無 2有	3不詳			
その他特に付言すべきことから					
上記のとおり診断(検案)する		診断(検案)年月日	令和 4 年 5 月 1 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〕		本診断書(検案書)発行年月日	令和 4 年 5 月 1 日		
		大分県臼杵市大字戸室 〇〇 番地 の 〇 番 号			
(氏名)	医師	石仏 太郎			

記入の注意
生年月日が不詳の場合は、推定年齢をカッコを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、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、施設の名前に続けて、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。
1欄では、各傷病について発病の型(例:急性)、病名(例:肺炎)、部位(例:胃腸門部がん)、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「妊娠何週」、また、分娩中の死亡の場合は「妊娠何週何日の分娩中」と書いてください。
産後42日未満の死亡の場合は「妊娠何週何日産後何日」と書いてください。
1欄及び2欄に記入した手術については、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。紹介状や伝票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、事故発生からの時刻にかかわらず、その事故による死亡が該当します。
「5傷、火災及び火傷による傷害」は、火災による一酸化炭素中毒、窒息等も含みます。

「1住居」とは、住宅、邸等をいい、老人ホーム等の居住施設は含まれません。

傷害がどういった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、超音波検査等により推定し、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。

本届書中
字訂正
字削除
字追加
印

前後 時 分受領 住所確認済 本籍地確認済

連絡先 電話 0972(〇〇) 〇〇〇〇
日中連絡ができる番号を記入してください
〔自宅〕勤務先 [] 携帯

医師の氏名記入あれば押印なくてもOK