

消えるボールペンで書かないでください。

※死亡届は、右半分の「死亡診断書(死体検案書)」欄に医師等が記入したものを病院から受け取った後に記入してください。  
※市区町村役場に死亡届を提出すると、死亡届の返却することや、コピーをお渡しすることはできませんので、提出前に必ず「コピーをとるよう」をお願いいたします。  
(右半分の死亡診断書の部分だけ返却することや、コピーをお渡しすることもできません。)

# 死亡届

提出日を記入 → 年 月 日届出

長 殿

受理 第 年 月 日 第 号	発送 年 月 日					
通知 第 年 月 日 第 号	大分県臼杵市長 印					
書類調査	戸籍記載	記載調査	調査票	附 票	住民票	通知

本届書中  
字訂正  
字削除  
字追加

印

(1) (フリガナ)	ウスキ	イチロウ
(2) 氏 名	氏 臼杵	名 一郎 <input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
(3) 生 年 月 日	昭和3年1月1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) <input type="checkbox"/> 午前 時 分 <input type="checkbox"/> 午後 時 分
(4) 死亡したとき	令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 午前 時 分 <input type="checkbox"/> 午後 時 分
(5) 死亡したところ	※「死亡したとき」「死亡したところ」は死亡診断書に記載されている内容をそのまま書き写してください。番地 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72番地1	
(7) 本 籍 (外国人のときは 国籍だけを書いて ください)	大分県臼杵市野津町大字野津市326番地1	
(8) 死亡した人の 夫または妻	<input checked="" type="checkbox"/> いる (満99歳) <input type="checkbox"/> いない ( <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 死別 <input type="checkbox"/> 離別 )	
(10) 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 checked="" type="checkbox"/> 6. 仕事をしている者のいない世帯	
(11) 死亡した人の 職 業・産 業	(国勢調査の年... 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	
その他		
届 出 人	<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 <input type="checkbox"/> 13. 任意後見受任者	
住所	(6)と同じ (※本人と同じ場合の書き方です)	
本籍	(7)と同じ	
署名 (※押印は任意)	臼杵 美津代 印 昭和2年2月2日生	
事件簿番号		

### 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らぞえて7日以内に出してください。  
□には、あてはまるものに☑のようにしる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。

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)、予防接種法に基づく予防接種等関連情報データベース(厚生労働省所管)にも用いられます。

# 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。

### 記入の注意

氏 名	1男 2女	生年月日	明治 昭和 年 月 日 大正 平成 令和 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・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 (13) 及びその種別	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	番 地 番 号	
(14) 死亡の原因	(ア) 直接死因		発病(発症)又は受傷から死亡までの期間 ◆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)	手術年月日 令和 年 月 日 平成 年 月 日 昭和 年 月 日
	(イ) (ア)の原因			
	(ウ) (イ)の原因			
	(エ) (ウ)の原因			
(15) 死因の種類	I 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		手術 1無 2有 { 部位及び主要所見 }	
	II 傷病名等の記載は各欄一つにしてください		解剖 1無 2有 { 主要所見 }	
(16) 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	手術年月日	
	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 ( )	令和 年 月 日	
(17) 生後1年未満で病死した場合の追加事項	◆伝聞又は推定情報の場合でも書いてください	都 道 市 区 町 村	手術年月日	
	出生時体重	グラム	単胎・多胎の別	1 単胎 2 多胎 ( 子中第 子 )
(18) その他特に付言すべきことから	妊娠・分娩時における母体の病態又は異状	母の生年月日	妊娠週数 満 週	
	前回の妊娠の結果	昭和 年 月 日 平成 年 月 日 令和 年 月 日	出生児 人 死産児 胎 (妊娠週22週以後に限る)	
(19) 医師	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		

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、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欄に関係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、火災及び火炎による傷害」は、火災による酸化炭素中毒、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。

午前 時 分受領

住所確認済  
本籍地確認済

続柄 妻

連絡先 電話 ( ) 090-1111-XXXX  
自宅・勤務先 [ 携帯 ]

◎届出人の印をご持参ください。