

死亡証明書

| | | | | | | | |
|------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|----------------------------------------------------------|-------|----|-----------------------|---|
| 1. 氏名 | 男 女 | 2. 生年月日 | 明治 昭和 大正 平成 | 年 | 月 | 日 | |
| 3. 住所 | | | | | | | |
| 4. 職業 | | | | | | | |
| 5. 発病年月日 | 年 | 月 | 日 | 6. 初診 | 年 | 月 | 日 |
| 7.* 入院 | 1 無 2 有 | 入院期間 | 第1回目入院：年 月 日～年 月 日 (退院・転院) 第2回目入院：年 月 日～年 月 日 (退院・転院) | | | | |
| 8. 死亡したとき | 年 月 日 | | 午前 午後 | 時 | 分 | | |
| 9. 死亡したところ及びその種別 | 死亡したところの種別 | 1 病院 2 診療所 3 老人保健施設 4 助産所 5 老人ホーム 6 自宅 7 その他 | | | | | |
| | 死亡したところ | | | | | | |
| | 種別1～5の施設の名称 | | | | | | |
| 10. 死亡の原因 | (ア) 直接死因 | | | | | | |
| | (イ) (ア)の原因 | 発病(発症)又は受傷から | | | | | |
| | (ウ) (イ)の原因 | 死亡までの期間 | | | | | |
| | (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 | | | | | |
| | *手術 | 1 無 2 有 | 部位及び主要所見 | | 手術 | 年 月 日 | |
| 解剖 | 1 無 2 有 | 主要所見 | | | | | |
| 11. 死因の種類 | 1 病死および自然死 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 | | | | | | |
| 12. 外因死の追加事項 | 傷害が発生したとき | 年 月 日 | 午前 午後 | 時 | 分 | 1 従業中 2 従業中でないとき 3 不明 | |
| | 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 [] | | | | | |
| | 傷害が発生したところ | 都 道 市 区 | 府 県 郡 町 村 | | | | |
| | 手段及び状況 | | | | | | |

| | | | |
|----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|
| 13. 死亡に直接関係のある既往症 (年月日、傷病名、症状経過、医療機関) | | | |
| 14. 今回の発病 (受傷) から初診までの経過 | | | |
| 15. 初診時の主訴・所見及びその後の経過 | | ※悪性新生物の場合にご記入ください。 悪性新生物としての診断確定日 年 月 日 その診断方法 治療内容 上皮内癌ですか? はい・いいえ TNM分類 () | |
| * 手術名 KJI-() 手術日 年 月 日 | | | |
| 16. 前又は紹介医 | 有 無 | 医師名 | 医療機関名 その所在地 |
| 17. 病名を告げた時期 | (死因病名やその他の病名を患者又は家族にいつどのように告げられましたか?) 本人には (年 月 日頃) に病名を () と告げた。 家族には (年 月 日頃) に病名を () と告げた。 | | |
| 18. その他 | (本人の特徴、身長、体格、酒量、習癖、その他の事項) | | |
| 19. 死亡診断 (死体検案) 年月日 | 年 月 日 | | |
| ジブラルタ生命保険株式会社 御中 上記のとおり証明する。 本証明書発行年月日 年 月 日 所在地 病院又は診療所等の名称 医師氏名 | | | |

(お願い) 訂正の場合、必ず証明印による訂正印を捺印願います。
(ご注意) 原本の複写又はコピーの場合はそれぞれに捺印してください。