

死 亡 証 明 書

一般財団法人 全国中小企業共済財団 御中

1. 氏 名	(カルテ番号)		男・女	2. 生 年 月 日	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	第1回目 年 月 日 第2回目 年 月 日			8. 退 院	第1回目 年 月 日 第2回目 年 月 日	
9. 死亡したとき	年 月 日			午前 午後 時 分		
10. 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					
11. 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						
手術	1 無 2 有	{ 部位及び主要所見 }		手術年月日	年 月 日	
解剖	1 無 2 有	{ 主要所見 }				
12. 死 因 の 種 類	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					
13. 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 { }				
	傷病が発生 したところ	都 道 府 県		市 郡		区 町 村
	手段及び状況					

受付番号																			
同時受付番号																			

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。

14. 死亡に直接関係のある既往症(年月日、傷病名、症状経過、医療期間)		
15. 今回の発病(受傷)から初診までの経過		
16. 初診時の主訴・所見及びその後の経過		
治療内容		

手術名	手術日	年 月 日
*○印をつけてください。		
(1)開頭術・穿頭術 (2)開胸術 (3)開腹術 (4)ファイバースコープまたはカテーテル (5)その他()		

放射線照射	照射部位	開始 年 月 日 総線量
	[]	終了 年 月 日 [Gy]
17.	有 無	医師名 医療機関名 その所在地
前医または 紹介医		初診日 年 月 日
18.	(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。)	
病名を 告げた時期	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。	
19.	(本人の特徴、身長、体格、酒量、習癖、その他の事項)	
その他		
20.	死亡診断(死体検案)年月日 年 月 日	
上記のとおり証明します。 本証明書発行年月日 年 月 日		
所在地		
電話番号		
病院又は診療所等の名称		
医師氏名		
印		

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。