

附件 2

居民死亡医学证明申报单

逝者信息					
姓 名		性 别	1男，0未知的性别 2女，9未说明的性别	死亡日期	年 月 日 时 分
有效身份证件类别			证件号码		
户籍地址					
现住地址					
死亡地点	1 医疗卫生机构（住院部、急诊室）；2 来院途中；3 家中 4 民政服务机构（养老机构、儿童福利机构、未成年人救助保护机构、精神卫生福利机构、流浪乞讨人员救助管理机构（含托养机构）等）； 9 其他场所；0 不详				
对死亡原因初步判断	☐ 传染病； ☐ 非传染病； ☐ 老死； ☐ 非正常死亡； ☐ 无法判断				
申办人信息					
姓 名			联系电话		
有效身份证件类别			证件号码		
与逝者关系	第一顺位—逝者近亲属：1 配偶，2 父母，3 子女，4 兄弟姐妹，5 祖父母 6 外祖父母，7 孙子女，8 外孙子女 第二顺位—承担监护职责的个人、单位或组织 第三顺位—生前所在民政服务机构或村（居）委会等有关单位或组织				
申办人承诺	我承诺以上申报内容均属实，未在其他医疗卫生机构重复申办，如有虚假，愿意承担一切法律责任。 申办人签名（手印）： 申办日期： 年 月 日				

注：①有效身份证件类别：1 居民身份证，2 居民户口簿，3 护照，4 军官证，5 往来港澳通行证，6 往来台湾通行证
7 前往港澳通行证，8 港澳居民来往内地通行证，9 台湾居民来往大陆通行证
10 港澳居民来往内地通行证（非中国籍），11 港澳居民居住证，12 台湾居民居住证
13 外国人永久居留身份证，14 其他法定有效证件，15 无。

②申办人有效身份证件类别不能填“15 无”。

③尚未登记户籍的新生儿死亡，需提供出生医学证明或新生儿母亲住院分娩病历等佐证资料。

④院外死亡的，需提供逝者相关病史（包括住院病历、门诊病历、检查报告、用药记录等）或案（事）件证明等材料。

⑤非正常死亡是指由外部作用导致的死亡，包括火灾、溺水等自然灾害致死，或工伤、医疗事故、交通事故、自杀、他杀、受伤害等人为致死（含无名尸）。