

死 亡 届

令和 2 年 5 月 26 日 届出

在ハンガリー日本国大使館  
総領事殿

受 理 令 和 年 月 日			
第 号			
書類調査	戸籍記載	記載調査	調 査 票
附 票		住 民 票	通 知

公 館  
印

記入の注意

届書はすべて日本語で書いてください。  
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3か月以内に提出してください。

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。

「死亡したところ」は「死亡したとき」とともに戸籍に書かれますので、くわしく国名から番地まで書いてください。  
なお、次の地域については、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)

「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☑のようにしるしをつけてください。

死亡者について書いてください。

届書及び死亡を証する書面(外国官公署の発行する死亡登録証明書又は医師が作成した死亡証明書)は、それぞれ原本1通と写し1通出してください。  
外国文の証明書には翻訳者を明らかにした和訳文を添付してください。

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。

届出人の署名は、はっきりと読めるように本人が書いてください。なお、外国人が外国語で署名する場合は、その「よみかた」をカタカナで併記してください。

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

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「妊婦満何週」、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42日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、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、火災及び火焰による傷害」は、火災による一酸化炭素中毒、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。

傷害がどういう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。

(1)	(フリガナ)	ガイム ハナコ
(2)	氏 名	氏 外務 名 花子 <input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女
(3)	生 年 月 日	昭和 18 年 10 月 15 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 時 刻	令和 2 年 5 月 10 日 <input checked="" type="checkbox"/> 午前 6 時 10 分 <input type="checkbox"/> 午後 時 分
(5)	死 亡 した 所 場	ハンガリー ポーマーズ市トルマ通り30 番地 番 号
(6)	住 所	ハンガリー ブダペスト市9区エテルカ通り4番
(7)	本 籍	東京都千代田区霞が関2丁目2 番地 番 筆頭者の氏名 外務花子
(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)
(10)	死 亡 した 時 刻 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)の常用勤務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) <input type="checkbox"/> 4. 3にあてはまらない常用勤務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世帯 <input checked="" type="checkbox"/> 6. 仕事をしている者のいない世帯 (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)
(11)	死 亡 した 人 の 職 業 ・ 産 業	職業 産業
そ の 他	死亡証明書を添付する。 死亡診断書を添付する。	
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 ハンガリー ブダペスト市9区エテルカ通り4番	
	本 籍 神奈川県横浜市港区港1丁目1 番地 番 筆頭者の氏名 高野丸夫	
	署 名 (※押印は任意) 高野由紀子 印 昭和 43 年 8 月 26 日生	

事 件 簿 番 号

(届出人の連絡先及び電話番号

+36-30-xxx-xxxx  
takano.yukiko@gmail.com

氏 名	1男 2女 生年月日	明治 昭和 令和 年 月 日 大正 平成 (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	
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	
及びその種別	死亡したところ 番地 番 号		
	(死亡したところの種別1〜5) 施設の名称	( )	
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	
	(イ)(ア)の原因	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	
	(ウ)(イ)の原因		
	(エ)(ウ)の原因		
	◆I 欄、II 欄ともに疾患の終末期の状態としての心不全、呼吸不全等は書かないでください		
◆I 欄では、最も死亡に影響を与えた傷病名を医学的因果関係の順番で書いてください	II 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 令和 平成 年 月 日 昭和
解剖	1無 2有 (主要所見)		
死因の種類	1病死及び自然死	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 9他殺 10他殺 11その他及び不詳の外因	
	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 9他殺 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
	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( )	
◆伝聞又は推定情報の場合でも書いてください	手段及び状況		
	出生時体重	単胎・多胎の別	妊娠週数
生後1年未満で病死した場合の追加事項	グラム	1単胎 2多胎( 子中第 子)	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 年 月 日 令和	前回までの妊娠の結果 出生児 人 死産児 胎 (妊娠満22週以降に限る)
その他特に付言すべきことがら	1無 2有 ( )	3不詳	
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		
	(氏名) 医師		