

# 死 亡 届

令和 2 年 5 月 26 日届出

大使  
在ハンガリー日本国  
総領事

(1)	(フリガナ)		ガイム	ハナコ		
(2)	氏名		氏 外務	名 花子	□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)	□午前	時 分
(4)	死亡したとき		令和 2 年 5 月 10 日	<input checked="" type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後	6 時 10 分	
(5)	死亡したところ		ハンガリー ポ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	
(8)	筆頭者 の氏名		外務花子			
(9)	死亡した人の 夫または妻		□いる (満)	歳)	いない(□未婚 <input checked="" type="checkbox"/> 死別	□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			
(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	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

## 死亡診断書(死体検案書)

この死亡診断書(死体検査書)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 大正 昭和 令和 年月日 平成
死亡したとき	令和 年 月 日	午前・午後		時 分
死亡したところ 及びその種別	死亡したところの種別 (死亡したところの種別1~5) 施設の名称	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		
死亡の原因	I     II     手術    解剖	(ア)直接死因 (イ)(ア)の原因 (ウ)(イ)の原因 (エ)(ウ)の原因  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 傷病を除く	部位及び主要所見 1無 2有  主要所見 1無 2有	発病(発症)又は 受傷から 死亡まで の期間 ▼〒、番、ロ 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か 月、5時間20 分)  手術年月日 令和 年 月 日  手術年月日 令和 年 月 日  解剖年月日 令和 年 月 日
死因の種類	1病死及び自然死 外因死 不慮の外因死 その他及び不詳の外因死 12不詳の死	2交通事故 3転倒・転落 4溺水 5煙、火災及び火炎による傷害 6窒息 7中毒 8その他 9自殺 10他殺 11その他及び不詳の外因		
外因死の追加事項 ◆伝聞又は推定情報の場合でも書いてください	傷害が発生したとき 傷害が発生したところの種別 手段及び状況	令和・平成・昭和 年 月 日 午前・午後 時 分 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	
生後1年未満で 病死した場合の 追加事項	出生時体重 グラム 妊娠・分娩時における母体の病態又は異状 1無 2有	單胎・多胎の別 1單胎 2多胎( 子中第 子) 3不詳	妊娠週数 満 週	
その他特に付言すべきことから				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)
上記のとおり診断(検査)する 〔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〕			診断(検査)年月日 令和 年 月 日 本診断書(検査書)発行年月日 令和 年 月 日	番地 番 号
(氏名) 医師				

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。

「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といいます。

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。  
欄では、各傷病について発病型(例:急性)、病因(例:病原本名)、部位(例:胃噴門部が...)、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。

欄及びII欄に關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。

「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、火災及び火薬による傷害」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  
ふ、老人ホーム等の居住施設は  
含まれません。

具体的に書いてください。

母子健康手帳等を参考に書いてください。