

団体保険用 死亡証明書

フォームID DC 0565

1. 氏名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	2. 生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	
3. 住所					
4. 発病(受傷)年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	5. 初診	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日
6. 入院期間	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	～	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日
7. 死亡したとき	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	午前 午後	時 分	
8. 死亡したところおよびその種別	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				
9. 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1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	手術日	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和
解剖	1.無 2.有	主要所見			
10. 死因の種類	1.病死及び自然死 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 } { 6.窒息 7.中毒 8.その他 } による傷害 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 }				
11. 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.従業中ではないとき 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 府 県	市 郡	区 町 村	
	手段及び状況				

フォームID DC 0780

12. 死亡に関係のある既往症(傷病名、初診日、症状経過、治療内容、医療機関名)			
13. 今回の発病(受傷)から初診までの経過(発症時期、症状経過、治療内容、医療機関名)			
14. 初診時の主訴・所見およびその後の症状経過、治療内容			
手術名		手術日: <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	
		年 月 日	
15. 前または紹介医	<input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	医師名	医療機関名 その所在地
16. 病名を告げた時期	<input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	本人には(年 月 日頃)に病名を()と告げた	
	<input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	家族には(年 月 日頃)に病名を()と告げた	
17. 死亡診断(死体検案)年月日	<input type="radio"/> 死亡診断 <input type="radio"/> 死体検案	年 月 日	
上記のとおり証明します			
所在地		令和 <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 日	
病院または診療所等の名称		電話番号	
医師氏名		市外局番	
		()	

【お願い】

・ご記入の際は、黒インクにてお願いいたします。また、訂正される場合は必ず証明印による訂正をお願いいたします。
 ・後日弊社または弊社が委託した会社の担当者より、本証明書の内容についてお問い合わせいただくことがございます。その際にはご協力のほどよろしくお願い申し上げます。