

## 臺中市 行政相驗申請書

申請時間： 年 月 日 時 分

編號：

申請行政相驗，請確定有無下列情形：

有下列情形：應報請司法相驗--

依醫療法第 76 條：醫院、診所對於非病死或可疑為非病死者，應報請檢察機關依法相驗。

意外事故：如交通、溺水、窒息、潛水夫病、跌倒、火災、中暑、落雷、觸電等意外事故或大體上已有明顯外傷者

自殺：自縊、燒炭、汽車廢氣、服藥自殺等

他殺：兇殺、鬥毆、虐死等

死亡過久之遺體，非經科學檢驗無法推斷死亡時間及死亡原因者

因醫療行為衍生之死亡案件：如藥物注射後死亡、麻醉後死亡、手術中或手術後死亡、分娩所造成之不預期之死亡，恐生醫療糾紛等案件

診斷未明且死於送醫途中(OCHA)，家屬對死因有疑問

車禍及其相關後遺症

中毒及其相關後遺症

工安意外及其相關後遺症

有家族財務紛爭、保險給付紛爭或家屬照護責任爭議，須經科學檢驗大體者

有吸毒、酗酒病史者

往生者為刑事訴訟之當事人

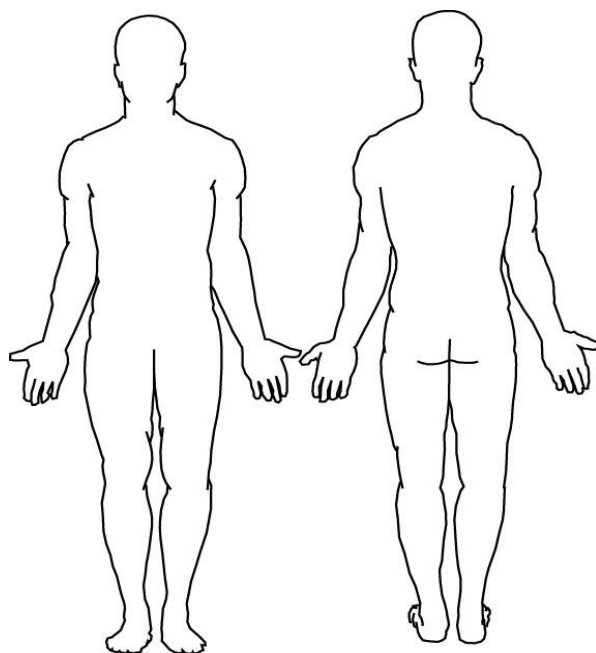
無，請家屬具結：\_\_\_\_\_（與往生者關係：\_\_\_\_\_）保證絕無上開屬司法相驗之情形，如為不實之陳述以致製作不實之公文書，願負法律責任。請備齊：往生者生前**相關疾病診斷書**、**病歷摘要**、**身分證明文件**

### 申請者填寫

往生者姓名		性別		國民身分證統一號碼	
往生者戶籍	市(縣)	區(鄉鎮市)	村 里	街 路	段 巷 弄 號之
出生 年月日時	民國	前 <input type="checkbox"/> 國 <input type="checkbox"/>	年 月 日	上午 <input type="checkbox"/> 下午 <input type="checkbox"/>	時 分 <small>(出生後未滿 24 小時死亡者需填寫時間)</small>
死亡時間	民國	年 月 日	上午 <input type="checkbox"/> 下午 <input type="checkbox"/>	時 分	
死亡地點及 場所	市(縣)	區(鄉鎮市)	村 里	街 路	段 巷 弄 號之
	① <input type="checkbox"/> 醫院 ② <input type="checkbox"/> 診所 ③ <input type="checkbox"/> 長期照護或安養機構 ④ <input type="checkbox"/> 自宅 ⑤ <input type="checkbox"/> 其他				
往生者職業	在何處工作從事何種行業			擔任何種工作及職務	
懷孕情形 (如死者為 女性)	① <input type="checkbox"/> 於過去一年未懷孕 ② <input type="checkbox"/> 懷孕中死亡 ③ <input type="checkbox"/> 懷孕終止或結束之 42 天內死亡 ④ <input type="checkbox"/> 懷孕終止或結束後 43 天至 1 年內死亡 ⑤ <input type="checkbox"/> 不清楚過去一年是否懷孕				
往生者婚姻	<input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 配偶死亡 <input type="checkbox"/> 不詳				

# 相驗發現

## 相驗單位填寫



死亡原因：直接引起死亡之疾病或傷害：

甲、

先行原因：（若有引起上述死因之疾病或傷害）

乙、（甲之原因）：

丙、（乙之原因）：

丁、（丙之原因）：

其他對於死亡有影響之疾病或身體狀況（但與引起死亡之疾病或傷害無直接關係者）

衛生所醫師姓名：

行政相驗時間： 年 月 日 時 分

開立證明時間： 年 月 日 時 分

行政相驗地點： 年 月 日 時 分

臺中市北衛生所電話：04-22359182

家屬對上述有無異議：有 無

申請份數： 份

家屬簽名：

聯絡電話：

陪同人員（管區警察）簽名：

備註（收費規定）：

依據 102 年 6 月 28 日修正 台中市各衛生所醫療門診收費基準，行政相驗歐費（規費）為 1000 元/次（視需要，含 10 份以下死亡證明書，每加 1 份增收 10 元），列冊有案之低收入戶則免收規費（須檢附亡者本人低收入戶證明書）。