

附件 4

居民死亡医学证明申报单

逝者信息				
姓 名		性别		有效身份证件类别
证件号码				
户籍地址				
现住地址				
死亡日期				
死亡地点	<input type="checkbox"/> 家中； <input type="checkbox"/> 民政服务机构_____； <input type="checkbox"/> 其他场所_____； <input type="checkbox"/> 不详			
对死亡原因初步判断	<input type="checkbox"/> 传染病； <input type="checkbox"/> 非传染病； <input type="checkbox"/> 老死； <input type="checkbox"/> 非正常死亡； <input type="checkbox"/> 无法判断			
申办人信息				
姓 名		有效身份证件类别		
证件号码				
与逝者关系		联系电话		
申办人承诺	<p>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。</p> <p style="text-align: right;">申办人签名（手印）：</p> <p style="text-align: right;">申办日期： 年 月 日</p>			

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；②民政服务机构：养老机构（含公办、民办）、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。