

4400002016000000

第一联-1 (填写单位保存)

死者姓名		性别	1 男， 0 未知的性别， 2 女， 9 未说明的性别	民族		国家/ 地区	
有效身份证件类别	1 身份证， 2 户口簿， 3 护照， 4 军官证， 5 驾驶证， 6 港澳通行证， 7 台湾通行证， 9 其他法定证件	证件 号码				年龄	
出生 日期	年 月 日	文化 程度	1 研究生， 2 大学， 3 大专， 4 中专， 5 技校， 6 高中， 7 初中及以下	个人 身份	11 公务员， 13 专业技术人员， 17 职员， 21 企业管理者， 24 工人， 27 农民， 31 学生， 37 现役军人， 51 自由职业者， 54 个体经营者， 70 无业人员， 80 离退休人员， 90 其他		
死亡日期/ 发现死亡时间	年 月 日 时 分	死亡 地点	1 医疗卫生机构， 2 来院途中， 3 家中， 4 养老服务机构， 9 其他场所， 0 不详	死亡时是否处于妊娠期 或妊娠终止后42天内		1 是， 2 否， 3 不详	
生前 工作单位		户籍 地址				常住 地址	
可联系的 家属姓名		联系 电话			家属住址 或工作单位		
致死的主要疾病诊断		疾病名称（勿填症状体征）				发病至死亡大概间隔时间	
I. (a) 直接死亡原因							
(b) 引起(a)的疾病或情况							
(c) 引起(b)的疾病或情况							
(d) 引起(c)的疾病或情况							
II. 其他疾病诊断（促进死亡，但与 导致死亡无关的其他重要情况）							
生前主要疾病 最高诊断单位	1 三级医院， 2 二级医院， 3 乡镇卫生院/社区卫生服务机构， 4 村卫生室， 9 其他医疗卫生机构， 0 未就诊			生前主要疾病 最高诊断依据		1 尸检， 2 病理， 3 手术， 4 临床+理化， 5 临床， 6 死后推断， 9 不详	
医师签名		医疗卫生机构盖章				填表日期： 年 月 日	
法医/民警签名		公安部门盖章				填表日期： 年 月 日	
(以下由编码人员填写) 根本死亡原因：						ICD编码：	

死者生前病史及症状体征:

以上情况属实，被调查者签字：

被调查者姓名		与死者关系		联系电话		联系地址或工作单位	
死因推断				调查者签名		调查日期	年 月 日

4400002016000000

第二联（公安部门保存）

编号:

死者姓名		性别		民族	
国家或地区				年龄	
身份证件类别		证件号码			
户籍地址					
常住地址					
出生日期	年 月 日		死亡日期	年 月 日	
死亡地点			死亡原因		
家属姓名			联系电话		
与死者关系					
家属住址或单位					
医师/法医签名			民警签名		
签发机构（医疗卫生机构/公安部门）(盖章)			公安部门意见（盖章）		
年 月 日			年 月 日		

广东省卫生计生委印制

4400002016000000

第一联-2 (用于网络报告)

死者姓名		性别	1 男， 0 未知的性别， 2 女， 9 未说明的性别	民族		国家/ 地区			
有效身份 证件类别	1 身份证， 2 户口簿， 3 护照， 4 军官证， 5 驾驶证， 6 港澳通行证， 7 台湾通行证， 9 其他法定证件	证件 号码				年龄		婚姻 状况	1 未婚， 2 已婚， 3 丧偶， 4 离婚， 9 未说明
出 生 日 期	年 月 日	文化 程度	1 研究生， 2 大学， 3 大专， 4 中专， 5 技校， 6 高中， 7 初中及以下	个人 身份	11 公务员， 13 专业技术人员， 17 职员， 21 企业管理者， 24 工人， 27 农民， 31 学生， 37 现役军人， 51 自由职业者， 54 个体经营者， 70 无业人员， 80 离退休人员， 90 其他				
死亡日期/ 发现死亡时间	年 月 日 时 分	死亡 地点	1 医疗卫生机构， 2 来院途中， 3 家中， 4 养老服务机构， 9 其他场所， 0 不详			死亡时是否处于妊娠期 或妊娠终止后42天内		1 是， 2 否， 不 详	
生 前 工 作 单 位		户 籍 地 址				常 住 地 址			
可 联 系 的 家 属 姓 名		联 系 电 话			家 属 住 址 或 工 作 单 位				
致死的主要疾病诊断		疾病名称（勿填症状体征）					发病至死亡大概间隔时间		
I. (a) 直接死亡原因									
(b) 引起 (a) 的疾病或情况									
(c) 引起 (b) 的疾病或情况									
(d) 引起 (c) 的疾病或情况									
II. 其他疾病诊断（促进死亡，但与 导致死亡无关的其他重要情况）									
生前主要疾病 最高诊断单位	1 三级医院， 2 二级医院， 3 乡镇卫生院/社区卫生服务机构， 4 村卫生室， 9 其他医疗卫生机构， 0 未就诊			生前主要疾病 最高诊断依据		1 尸检， 2 病理， 3 手术， 4 临床+理化， 5 临床， 6 死后推断， 9 不详			
医师签名		医疗卫生机构盖章					填表日期： 年 月 日		
法医/民警签名		公安部门盖章					填表日期： 年 月 日		
(以下由编码人员填写) 根本死亡原因：						ICD编码：			

死者生前病史及症状体征:

以上情况属实，被调查者签字：

被调查者姓名		与死者关系		联系电话		联系地址或工作单位	
死因推断				调查者签名		调查日期	年 月 日

4400002016000000

第三联（死者家属保存）

死者姓名		性别		民族	
国家或地区				年龄	
身份证件类别		证件号码			
户籍地址					
常住地址					
出生日期	年 月 日		死亡日期	年 月 日	
死亡地点			死亡原因		
家属姓名			联系电话		
与死者关系					
家属住址或单位					
医师/法医签名			民警签名		
签发机构（医疗卫生机构/公安部门）(盖章)			公安部门意见（盖章）		
年 月 日			年 月 日		

广东省卫生计生委印制

成品尺寸：250X350mm

4400002016000000

居民死亡医学证明（推断）书

第一联-3 (用于疾控机构审核)

[illegible]

死者姓名		性别	1 男， 0 未知的性别， 2 女， 9 未说明的性别	民族		国家/ 地区	
有效身份证件类别	1 身份证， 2 户口簿， 3 护照， 4 军官证， 5 驾驶证， 6 港澳通行证， 7 台湾通行证， 9 其他法定证件	证件 号码				年龄	
出生 日期	年 月 日	文化程度	1 研究生， 2 大学， 3 大专， 4 中专， 5 技校， 6 高中， 7 初中及以下	个人 身份	11 公务员， 13 专业技术人员， 17 职员， 21 企业管理者， 24 工人， 27 农民， 31 学生， 37 现役军人， 51 自由职业者， 54 个体经营者， 70 无业人员， 80 离退休人员， 90 其他		
死亡日期/ 发现死亡时间	年 月 日 时 分	死亡 地点	1 医疗卫生机构， 2 来院途中， 3 家中， 4 养老服务机构， 9 其他场所， 0 不详	死亡时是否处于妊娠期 或妊娠终止后42天内		1 是， 2 否， 0 不详	
生前 工作单位		户籍 地址			常住 地址		
可联系的 家属姓名		联系 电话			家属住址 或工作单位		
致死的主要疾病诊断		疾病名称（勿填症状体征）				发病至死亡大概间隔时间	
I. (a) 直接死亡原因							
(b) 引起(a)的疾病或情况							
(c) 引起(b)的疾病或情况							
(d) 引起(c)的疾病或情况							
II. 其他疾病诊断（促进死亡，但与 导致死亡无关的其他重要情况）							
生前主要疾病 最高诊断单位	1 三级医院， 2 二级医院， 3 乡镇卫生院/社区卫生服务机构， 4 村卫生室， 9 其他医疗卫生机构， 0 未就诊			生前主要疾病 最高诊断依据		1 尸检， 2 病理， 3 手术， 4 临床+理化， 5 临床， 6 死后推断， 9 不详	
医师签名		医疗卫生机构盖章				填表日期： 年 月 日	
法医/民警签名		公安部门盖章				填表日期： 年 月 日	
(以下由编码人员填写) 根本死亡原因：						ICD编码：	

死亡调查记录

死者生前病史及症状体征:							
以上情况属实，被调查者签字:							
被调查者姓名		与死者关系		联系电话		联系地址或工作单位	
死因推断				调查者签名		调查日期	年 月 日

注：①此表适用于所有死亡个案；②办理人应为死者近亲或知情人；③办证应出具以下资料：死者有效身份证件、生前病历记录、居住地居委会或村委会证明、办理人有效身份证件。

4400002016000000

居民死亡殡葬证

第四联（殡葬部门保存）

行政区划代码 □□□□□□

编号:

死者姓名		性别		民族	
国家或地区				年龄	
身份证件类别		证件号码			
户籍地址					
常住地址					
出生日期	年 月 日		死亡日期	年 月 日	
死亡地点			死亡原因		
家属姓名			联系电话		
与死者关系					
家属住址或单位					
医师/法医签名			民警签名		
签发机构（医疗卫生机构/公安部门）(盖章)			公安部门意见（盖章）		
年 月 日			年 月 日		

注：①死者家属持此证到殡仪馆办理尸体火化手续；
②死于救治机构，医师签字及医疗机构盖章有效；死于非救治机构，医师及民警签字、医疗机构及公安部门盖章有效。

广东省卫生计生委印制

温馨提示

任何打着政府发放殡葬补助的名头，以预收税费、手续费等名目，让您缴纳税费和汇款领取殡葬补助的行为都是诈骗手段，请勿理会或报警。

填 表 要 求

- （一）《居民死亡医学证明（推断）书》要求四联填写齐全，字迹清楚，内容准确，不得勾画涂改。打印或用钢笔、碳素笔填写，签名并加盖公章后生效。如已注明分类项目，请打印应选项目或在应选项目上打“√”。
- （二）省、市、县(市、区)：指出具《死亡证》的医疗卫生机构所在的省、市、县名称。
- （三）行政区划代码：填写出具《死亡证》的医疗卫生机构所在的县（市、区）6位行政区划代码，以民政部编制的上年末《县级以上区划简册》为准。
- （四）编号：填写17位代码（可由信息系统自动赋值）。编号规则为：《死亡证》出具单位的组织机构代码（9位）+年份（4位）+流水码（4位）。
- （五）有效身份证件类别及号码：不得空缺。中国公民要求填写18位身份证号码。
- （六）年龄：按照周岁填写。 婴儿填写实际存活的月、日、小时。
- （七）出生、死亡日期：填写死者的出生或死亡的年、月、日，婴儿死亡填写到时、分。
- （八）个人身份：按照死亡前的个人身份填写，离退休后死者的个人身份一律填“离退休人员”。
- （九）死亡地点：“医疗卫生机构”指死于各级各类医疗卫生机构住院部及急诊室；“不详”指未能确定的死亡地点（仅限非正常死亡者）。
- （十）常住、户籍地址：常住地址填写死者居住半年以上的地址，详细到门牌号码；户籍地址填写户口簿上登记的地址，详细到门牌号码。
- （十一）第一联“致死的主要疾病诊断”第I部分中“(a)直接死亡原因”填写最后造成死亡的疾病诊断或损伤。第二、三、四联“死亡原因”填写第一联“(a)直接死亡原因”，如果(a)行填写的为症状、体征、衰竭，则“死亡原因”填写(a)行之后的主要致死原因。
- （十二）生前主要疾病的最高诊断单位：三级医院（含相当）包括三级妇幼保健院及专科疾病防治院，二级医院(含相当)包括二级妇幼保健院及专科疾病防治院，其他医疗卫生机构包括急救中心、一级医院、门诊部、诊所（医务室）、疗养院等。
- （十三）生前主要疾病最高诊断依据：“死后推断”仅限死亡地点为“来院途中”、“家中”、“养老服务机构”、“其他场所”填写。
- （十四）根本死亡原因及ICD编码：二级及以上（含相当）医疗机构由医疗机构编码人员填写，其他医疗卫生机构由县（区、县级市）疾病预防控制中心编码人员网上填写。ICD编码填写4位国际疾病分类代码。
- （十五）补发《死亡证》时，需在第一联及补发联注明“补发”及补发时间。申请人应为《死亡证》签字家属或委托人并出具有效身份证件。