

死 亡 証 明 書

「死亡証明書」はご遺族に保険金などを迅速にお支払いする上で極めて重要な書類です。

お忙しいことと存じますが、正確なご記入をよろしくお願ひいたします。

お願い

○ご記入にあたって

- ・この表紙の左側だけでなく、裏面にも記入欄がありますので、ご確認ください。
- ・裏面のご記入にあたっては「ご記入にあたってのご説明」と「記入見本」を裏面の左側のページに掲載しておりますので、ご参照ください。
- ・「死亡証明書」の各項目に記載しきれない場合は、別紙にご記入いただいても結構です。
その際には、当欄に「別紙あり」とご記入いただき、別紙についても証明印を押印してください。
- ・訂正・追記・削除された場合は、医師氏名欄に押印する印章と同一の印章による訂正印を必ず押印してください。
- ・ご記入いただいた内容に不明な点がある場合には、当社からお電話等で照会・確認させていただくことがあります。

○ご記入が終わりましたら

- ・ご遺族にお渡しいただく際には、「ご記入にあたってのご説明」部分を切り取って、「死亡証明書」のみを専用の封筒に入れてお渡しください。ご遺族が専用封筒を持参されなかった場合は、貴院の封筒をご使用いただきますようお願いいたします。
- ・ご不明な点等がございましたら、フリーダイヤル【0120-552-950】にお電話いただき、音声ガイダンスに従い電話機の【4】を押してお問い合わせいただきますようお願いいたします。当社お客様相談室へ接続されます。

受付時間： 平日 9：00～17：00

(土日休日、12月29日～1月3日を除きます。)

記入見本

ご記入にあたってのご説明

本証明書内の日付は和暦でご記入ください。

10

本証明書の記入後、削除されません。

傷病名 (確定診断された場合は確定診断後の傷病名)		傷病発生年月日 (症状出現日または異常指摘日等)	
ア死亡に関する入院等の治療を行った傷病名		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/> 症状出現 ① 7 2 10 ② 7 年 8 月 1 日 <input type="checkbox"/> 异常指摘	
① 胃癌(原発) ② 肝転移 <small>上記が外因による場合はチェックし、その原因をイ欄にご記入ください。</small> <small>傷病が複数ある場合は、上記傷病の番号を付けてご記入ください。</small>		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/> 入院 ① 7 2 10 ② 7 年 8 月 1 日 <input type="checkbox"/> 放射線治療	
イ アの原因		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/> 症状出現 不明 <small>上記が外因による場合はチェックし、その原因をイ欄にご記入ください。</small>	
		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/> 症状出現 年 月 日 <input type="checkbox"/> 事故発生	

11

前医紹介医

12

13

14

15

16

17

18

19

20

21

22

23

24

25

26

27

28

29

30

31

32

33

34

35

36

37

38

39

40

41

42

43

44

45

46

47

48

49

50

51

52

53

54

55

56

57

58

59

60

61

62

63

64

65

66

67

68

69

70

71

72

73

74

75

76

77

78

79

80

81

82

83

84

85

86

87

88

89

90

91

92

93

94

95

96

97

98

99

100

101

102

103

104

105

106

107

108

109

110

111

112

113

114

115

116

117

118

119

120

121

122

123

124

125

126

127

128

129

130

131

132

133

134

135

136

137

138

139

140

141

142

143

144

145

146

147

148

149

150

151

152

153

154

155

156

157

158

159

160

161

162

163

164

165

166

167

168

169

170

171

172

173

174

175

176

177

178

179

180

181

182

183

184

185

186

187

188

189

190

191

192

193

194

195

196

197

198

199

200

201

202

203

204

205

206

207

208

209

210

211

212

213

214

215

216

217

218

219

220

221

222

223

224

225

226

227

228

229

230

231

232

233

234

235

236

237

238

239

240

241

242

243

244

245

246

247

248

249

250

251

252

253

254

255

256

257

258

259

260

261

262

263

264

265

266

267

268

269

270

271

272

273

274

275

276

277

278

279

280

281

282

283

284

285

286

287

288

289

290

291

292

293

294

295

296

297

298

299

300

301

302

303

304

305

306

307

308

309

310

311

312

313

314

315

316

317

318

319

320

321

322

323

324

325

326

327

328

329

330

331

332

333

334

335

336

337

338

339

340

341

342

死亡証明書

裏面あり

1 氏名	カルテ番号()		<input type="checkbox"/> 男性	生年	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正
			<input type="checkbox"/> 女性	月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和
2 住 所					
3 死亡したとき	<input type="checkbox"/> 午前 年 月 日 <input type="checkbox"/> 午後 時 分				
4 死亡したところおよびその種別	死亡したところの種別	<input type="checkbox"/> 1 病院	<input type="checkbox"/> 2 診療所	<input type="checkbox"/> 3 介護老人保健施設	
	死亡したところ	<input type="checkbox"/> 4 助産所	<input type="checkbox"/> 5 老人ホーム	<input type="checkbox"/> 6 自宅	<input type="checkbox"/> 7 その他
	種別1～5の施設の名称				
5 死亡の原因 ※ I 欄には、最も死亡に影響を与えた傷病名を医学的因果関係の順番にご記入ください。	(ア) 直接死因				発病（発症）または受傷から死亡までの期間 ※年、月、日等の単位でご記入ください。 ただし、1日未満の場合は、時、分等の単位でご記入ください。
	(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、I欄の傷病経過に影響を及ぼした傷病名				
	解剖	<input type="checkbox"/> 有 ⇒	主要所見		
6 死因の種類 ※死因の種類として該当するものを一つ選択してください。自殺の場合は手段の如何によらず「9 自殺」を選択してください。	<input type="checkbox"/> 1 病死および自然死 外因死 不慮の外因死 <input type="checkbox"/> 2 交通事故 <input type="checkbox"/> 3 転倒・転落 <input type="checkbox"/> 4 溺水 <input type="checkbox"/> 5 煙、火災および火焰による傷害 <input type="checkbox"/> 6 窒息 <input type="checkbox"/> 7 中毒 <input type="checkbox"/> 8 その他 その他および不詳の外因死 (<input type="checkbox"/> 9 自殺 <input type="checkbox"/> 10 他殺 <input type="checkbox"/> 11 その他および不詳の外因) <input type="checkbox"/> 12 不詳の死				
7 外因死の追加事項	傷害が発生したとき	年 月 日	<input type="checkbox"/> 午前	<input type="checkbox"/> 1 従業中	<input type="checkbox"/> 2 従業中でないとき
			<input type="checkbox"/> 午後	<input type="checkbox"/> 3 不明	
	傷害が発生したところの種別	<input type="checkbox"/> 1 住居 <input type="checkbox"/> 2 工場および建築現場 <input type="checkbox"/> 3 道路 <input type="checkbox"/> 4 その他 []			
	傷害が発生したところ	<input type="checkbox"/> 都	<input type="checkbox"/> 道	<input type="checkbox"/> 市	<input type="checkbox"/> 区
		<input type="checkbox"/> 府	<input type="checkbox"/> 県	<input type="checkbox"/> 郡	<input type="checkbox"/> 町村
8 その他特に付言すべき事項	手段および状況				
	死後検査 <input type="checkbox"/> 有 ⇒ <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> X線 <input type="checkbox"/> 無				
9 死亡診断(死体検査)年月日	年 月 日				

(お願い)
2 1
訂正・追記・削除された場合は、裏面の医師氏名欄に押印する印章と同一の印章による訂正印の押印を必ずお願いします。

(お願い)
2 1
本訂正・追記・削除された場合は、
「死亡証明書」の専用の封筒に入れて、
ご遺族にお渡しください。
訂正印の押印を必ずお願いします。

10 傷病名 (確定診断された場合は確定診断後の傷病名)										傷病発生年月日(症状出現日または異常指摘日等)			
ア 死亡に関する入院等の治療を行った傷病名										<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	<input type="checkbox"/> 症状出現		
										年 月 日	<input type="checkbox"/> 異常指摘		
										入院等の治療を勧めた日			
イ アの原因										<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	<input type="checkbox"/> 入院		
										年 月 日	<input type="checkbox"/> 手術		
										傷病発生年月日(症状出現日または異常指摘日等)			
イ アの原因										<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	<input type="checkbox"/> 症状出現		
										年 月 日	<input type="checkbox"/> 異常指摘		
										年 月 日 <input type="checkbox"/> 事故発生			
11 前医紹介医		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	治療期間	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月	<input type="checkbox"/> 医療機関名					
12 診療期間		初診 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和								<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月	<input type="checkbox"/> 現在加療中 <input type="checkbox"/> 終診	
13 入院期間		第1回入院		上記傷病の番号	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月	<input type="checkbox"/> 現在入院中 <input type="checkbox"/> 退院(下記もご記入ください。)				
		第2回入院		日帰り入院の場合	入院基本料(DPC・短手3等)の算定	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				<input type="checkbox"/> 治癒退院 <input type="checkbox"/> 通院・療養とも不要 <input type="checkbox"/> 要通院			
		第3回以降		日帰り入院の場合	入院基本料(DPC・短手3等)の算定	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				<input type="checkbox"/> 要療養 <input type="checkbox"/> 転院・転科入院 <input type="checkbox"/> 死亡退院			
※今回の傷病を原因として入院した期間をご記入ください。(入退院日が同一の場合(日帰り入院)もご記入ください。)なお、治療を要しない入院は含みません。		3回目以降の入院があれば、[上記傷病の番号]、[入院期間]、[日帰り入院の場合は入院基本料の算定有無]、[現在入院中・退院時の状況]をご記入ください。											
分娩による入院の場合		上記入院期間中に上記傷病の番号が適用されない期間	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月	<input type="checkbox"/> 分娩日	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月				
14 今回の傷病に関して実施した手術等		第1回手術		手術名	手術部位	診療報酬点数区分				<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月		
						<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 両	<input type="checkbox"/> 医科 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 両	<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 両	<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 両	年 月		
				分娩による手術の場合	<input type="checkbox"/> 健康保険非適用								
				手術種類			<input type="checkbox"/> ①開頭術(穿頭術は含まない) <input type="checkbox"/> ②開胸術・胸腔鏡 <input type="checkbox"/> ③開腹術・腹腔鏡 <input type="checkbox"/> ④経尿道的 <input type="checkbox"/> ⑤経膣的 <input type="checkbox"/> ⑥内視鏡(喉頭鏡を含む) <input type="checkbox"/> ⑦カテーテル(血管カテーテルを含む)	<input type="checkbox"/> ⑧前記以外(<input type="checkbox"/> ア穿頭術 <input type="checkbox"/> イ経皮的 <input type="checkbox"/> ウその他())					
				手術内容			<input type="checkbox"/> 治療 <input type="checkbox"/> 針生検 <input type="checkbox"/> その他生検 <input type="checkbox"/> 化学療法	<input type="checkbox"/> 手指・足指の場合、MP関節を含めて中枢側におよぶ手術					
							<input type="checkbox"/> 筋骨(骨・関節・筋・腱・韌帯)手術の場合 <input type="checkbox"/> 観血 <input type="checkbox"/> 非観血	自家骨移植術の場合(採骨部位)					
							<input type="checkbox"/> 悪性組織を <input type="checkbox"/> 摘出した <input type="checkbox"/> 摘出しない	<input type="checkbox"/> 植皮(皮弁)術の場合 2.5cm以上におよぶ手術					
				第2回手術	手術名	手術部位	診療報酬点数区分				<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月	
							<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 両	<input type="checkbox"/> 医科 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 両	<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 両	<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 両	年 月	
		分娩による手術の場合	<input type="checkbox"/> 健康保険非適用										
※今回の傷病に関して実施した手術・生検を全てご記入ください。 ※先進医療は、本欄および「15 放射線治療」欄ではなく、「16 先進医療」欄にご記入ください。		第3回以降				<input type="checkbox"/> ①開頭術(穿頭術は含まない) <input type="checkbox"/> ②開胸術・胸腔鏡 <input type="checkbox"/> ③開腹術・腹腔鏡 <input type="checkbox"/> ④経尿道的 <input type="checkbox"/> ⑤経膣的 <input type="checkbox"/> ⑥内視鏡(喉頭鏡を含む) <input type="checkbox"/> ⑦カテーテル(血管カテーテルを含む)	<input type="checkbox"/> ⑧前記以外(<input type="checkbox"/> ア穿頭術 <input type="checkbox"/> イ経皮的 <input type="checkbox"/> ウその他())						
				手術目的	<input type="checkbox"/> 治療 <input type="checkbox"/> 針生検 <input type="checkbox"/> その他生検 <input type="checkbox"/> 化学療法	<input type="checkbox"/> 手指・足指の場合、MP関節を含めて中枢側におよぶ手術							
				手術内容	<input type="checkbox"/> 筋骨(骨・関節・筋・腱・韌帯)手術の場合 <input type="checkbox"/> 観血 <input type="checkbox"/> 非観血	自家骨移植術の場合(採骨部位)							
					<input type="checkbox"/> 悪性組織を <input type="checkbox"/> 摘出した <input type="checkbox"/> 摘出しない	<input type="checkbox"/> 植皮(皮弁)術の場合 2.5cm以上におよぶ手術							
							3回目以降の手術があれば、[上記傷病の番号]、[手術名]、[手術部位]、[診療報酬点数区分]、[手術日]、[手術種類]、[手術内容]をご記入ください。						
		15 放射線治療		放射線名称	<input type="checkbox"/> 電磁波温熱療法 <input type="checkbox"/> 定位照射 <input type="checkbox"/> IMRT <input type="checkbox"/> 体外照射 <input type="checkbox"/> 粒子線治療(<input type="checkbox"/> 重粒子線 <input type="checkbox"/> 陽子線) <input type="checkbox"/> 密封小線源治療								
		※温熱療法を含み、血液照射を含みません。			内用療法(<input type="checkbox"/> 甲状腺癌・131I <input type="checkbox"/> 骨転移・89Sr <input type="checkbox"/> リンパ腫・90Y <input type="checkbox"/> 前立腺癌・223Ra) <input type="checkbox"/> その他()								
				M <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> 部位	年 月	期間	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月	<input type="checkbox"/> 総量	Gy	
		16 先進医療		厚生労働大臣が定める「先進医療」の技術名							当該先進医療の届出受理年月日	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月
実施日(期間)		<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月	年 月	実施回数	回	先進医療技術料		円			
								※減免・助成金額を含みます。					
17 悪性新生物の場合			病理組織診断名	(p)TNM分類				T() N() M()					
※上皮内癌およびCIN II、IIIを含みます。				病理組織診断確定日				<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月				
18 告知病名		本人に病名を〔□上欄「10 傷病名」と同じ・□病名()〕と告げた。											
上記のとおり証明する。			郵便番号					令和	年 月				
			所在地										
			名称										
病院または診療所名			科名										
			医師氏名										
			電話番号										

この証明書は、株式会社生命保険の保険契約用および同社が独立行政法人郵便貯金簡易生命保険管理・郵便局ネットワーク支援機構から委託を受けて管理している保険契約用です。ご証明いただいた事項につきまして、後日、当社から、照会させていただくことがあります。

印