

云 浮 市 卫 生 健 康 局 云 浮 市 公 安 局 云 浮 市 民 政 局

云卫函〔2020〕235号

云浮市卫生健康局 云浮市公安局 云浮市民政局 关于印发《云浮市人口死亡登记报告 管理实施细则》的通知

各县（市、区）卫生健康局、公安局、民政局，市直有关医疗卫生单位：

为规范我市居民死亡医学证明（推断）书签发流程和管理工作，根据《关于优化广东省《居民死亡医学证明（推断）书》签发流程和管理工作的通知》（粤卫医函〔2019〕21号）要求，结合我市实际，制定《云浮市人口死亡登记报告管理实施细则》，现印发给你们，请认真贯彻实施。





云浮市人口死亡登记报告管理实施细则

为规范我市《居民死亡医学证明（推断）书》签发流程和管理工作，本着流程清晰、服务便民、规范行政、地市配套的原则，根据《关于优化广东省《居民死亡医学证明（推断）书》签发流程和管理工作的通知》（粤卫医函〔2019〕21号）要求，结合我市实际，制定本细则。

一、目标

建立健全我市人口死亡登记报告系统，有效开展人口管理，掌握我市人群死亡水平、死亡原因及变化规律、获得人口期望寿命及早死概率等指标，为制定我市社会经济政策、疾病优先防治策略和卫生政策，评价疾病防控、诊治水平、群体预防和干预措施效果提供基础信息和客观依据。

二、《死亡证》的签发及管理

（一）《死亡证》首次签发

各级医疗卫生机构和公安部门按照属地化原则负责死亡证的签发。签发对象为在中国大陆死亡的中国公民（含港澳台居民）、外国人和无国籍人（含死亡新生儿）。

1.在医疗卫生机构或院前救治中死亡。在医疗卫生机构救治或来

院途中死亡（含 120 出车或出诊医生到现场已死亡），新生儿死亡（含活产随即死亡），由负责救治或接诊的执业医师（执业助理医师）签发《死亡证》。签发人员须认真核对死者 and 家属有效身份证明原件（身份证或户口本），同时收集死者和家属有效身份证明原件的复印件等资料归档。对于出诊医生到现场已死亡且家属无法当场办理《死亡证》的情形，死者家属应向出诊医生留下死者信息及办理人身份信息及联系方式，并于 48 小时内携带死者和家属有效身份证明原件（身份证或户口本）及复印件前往出诊医生所在的医疗卫生机构办理《死亡证》。如遇死者身份不详、死因涉及或疑似刑事案件、接诊医生对家属申报死亡原因判定可疑或难以判断死因性质时，接诊医生或家属应当报警通知公安机关办案单位或辖区公安派出所开展调查。经调查，若排除非正常死亡的，由接诊医生根据公安机关办案单位或辖区公安派出所出具的“公安部门涉尸事（案）件调查表”（附件 1）签发《死亡证》；若属于非正常死亡的，由公安机关办案单位或辖区公安派出所签发和开具《死亡证》，同时收集“办理死亡证申报材料”归档。

正常死亡指人的自然死亡，包括因身体内在健康原因而致的疾病死亡或年老而终；非正常死亡指人受到外部作用导致的死亡，包括火灾、溺水、工伤、交通等意外事故，地震、海啸等自然灾害，或自杀、他杀、受伤害等人为事故致死。

2.在家和养老服务机构的正常死亡。由家属携带“办理死亡证申报材料”到死亡地点所属的街道或乡镇社区卫生机构申报死亡，如实填写《人口死亡申报单》（附件2）。如家属对死者判定死因判定为疾病、生理性死亡，则由社区医生签发《死亡证》。签发证医生须认真核对身份证明原件和死亡申报单信息无误，并根据《人口死亡申报单》、病历资料、居民健康档案以及向家属询问等方式，对死者死亡原因进行调查并进行死因推断，调查内容须概括填写在《死亡证》调查记录中，并由家属对调查记录签名确认，同时收集《人口死亡申报单》、死者和家属身份证明复印件和病历资料等归档。

如果家属在《人口死亡申报单》对死因初步判定为疾病、生理性死亡以外的死因时，家属应当报警通知公安机关办案单位或辖区公安派出所开展调查。经调查，若排除非正常死亡的，由社区医生根据公安机关办案单位或辖区公安派出所出具的“公安部门涉尸事（案）件调查表”签发《死亡证》；若属于非正常死亡的，由公安机关办案单位或辖区公安派出所签发和开具《死亡证》，同时收集“办理死亡证申报材料”归档。

3.在家和养老服务机构的非正常死亡。由公安机关办案单位或辖区公安派出所对死亡事件进行调查,并签发和开具《死亡证》,同时收集“办理死亡证申报材料”归档。

4.公共场所、其他场所（含未知名人员）死亡。有家属、单位同事、朋友等在场并对死者死因判定为疾病、生理性死亡，则由公共场所、其他场所所在的社区医生签发《死亡证》。

虽有家属、单位同事、朋友等在场，但对死因初步判定为疾病、生理性死亡以外的死因时，由公安机关办案单位或辖区公安派出所开展调查。经调查，若排除非正常死亡的，由社区医生根据公安机关办案单位或辖区公安派出所出具的“公安部门涉尸事（案）件调查表”签发《死亡证》；若属于非正常死亡的，由公安机关办案单位或辖区公安派出所签发和开具《死亡证》。

未知名尸体，由公安机关办案单位或辖区公安派出所进行调查，并签发和开具《死亡证》。

监管场所被监管人员《死亡证》的签发，按广东省监管场所被监管人死亡处理有关规定执行。

公共场所、其他场所（含未知名人员）死亡的，申报人均需填写《人口死亡申报单》（附件2）。

5.在医疗卫生机构中引产/死胎/死产。由医疗卫生机构出具《死胎证明》（附件3），统一送至殡仪馆办理相关火化手续。

（二）《死亡证》补发

1.遗失后补发

死者家属如遗失死亡证可向原签发单位申请补发一次。补发按“谁签发，谁补发”原则进行。补发办法如下：已办理户籍注销及殡葬手续的，仅补发第三联；未办理户籍注销及殡葬手续的，补发第二至第四联。家属至原签发机构填写“补发死亡证申请表”（附件4），写明申请人与死者关系、补发原因和用途，原签发机构职能部门审核同意后，签发机构找出原签发死亡证，按照原《死亡证》内容进行补办、加盖印章，并在第一联和补发联均标注“补发件，原证书编号为****”字样，同时原签发件上标注“**时间已补发，补发证编号为****”字样。签发机构将补发件第一联、“补发死亡证申请表”、申请人身份证件复印件及原签发件装订一起归档保存。补发件信息如已网络报告，可不必重复报告。

2.未知名尸体死者家属认领后补发

未知名尸体死者个人身份明确后，可补办死亡证，依据《死亡证》补发的原则和要求进行，补办死亡证信息须使用指定的信息系统进行网络报告。

3.如原签发机构因职能调整、变动或撤销等原因无法补办的，由接收调整/变动/撤销机构病历资料档案的新机构进行补办。

（三）办理《死亡证》申报材料

1.人口死亡申报单（签发机构提供空白单，非医疗机构内死亡必

须提供);

2.死者有效身份证件的原件及复印件: 身份证和/或户口本、港澳台身份证明、外国人护照等;

3.申办人有效身份证件的原件及复印件: 身份证、户口本、港澳台身份证明、外国人护照等;

4.死者生前病历、健康体检、居民健康档案等材料(非必须项,非医院死亡者尽量提供);

5.其他说明

(1)如遇新生儿死亡可提交出生证明或母亲生育证、母亲产检病历就诊资料等佐证材料代替第“二”项材料。

(2)如果出现下列情况时,可由死者所属生活机构(养老服务机构、儿童福利机构、救助管理机构等)、工作单位等出具死者情况说明并指定人员办理《死亡证》,或参照未知名尸体流程办理《死亡证》。

①死者无直系或旁系亲属;

②死者有直系或旁系亲属,但无法及时取得联系;

③死者有直系或旁系亲属,但表示不愿为死者办理《死亡证》。

(四)《死亡证》签章

1.医疗机构签发的《死亡证》所有联均须加盖签发单位印章方为生效,签发单位须统一《死亡医学证明专用章》、专人管理,并明确签

印流程。以市/县区为单位，建议统一使用“**市/县区**机构死亡医学证明专用章”（附件5）。

2.公安机关签发的《死亡证》，沿用之前的签章要求和规则。

（五）《死亡证》管理

1.死亡证新版启用

省卫生健康委开发“广东省居民死亡医学证明管理信息系统”，全省将全面推进死亡证线上签发、打印出证和电子证照等全新管理模式，对全省死亡证签发、打印签章、审核质控、统计分析、空白死亡证发放等进行全流程的信息化网格化管理。为提升死亡证管理规范性和配合“广东省居民死亡医学证明管理信息系统”的全面启用，省卫生健康委对现行的三页四联无碳复写死亡证样式（旧版）进行全面改版，新版死亡证（附件6）将于2020年9月配合“广东省居民死亡医学证明管理信息系统”启用。

2.空白死亡证分发管理

全市空白死亡证按省-地市-县区一签发机构等层级逐级分发，签发机构按属地管理原则在所属区管理部门进行领用，各级发放领用必须登记，登记项目包括领用单位（科室）、领用数量、证书编号范围、发放人签名、领用人签名、领用时间（见附件7）。空白死亡证需专人专柜管理。

3.已签发《死亡证》归档管理

医疗卫生机构和公安部门签发机构须对每份已签发生效的《死亡证》进行发放去向登记（见附件8）。每份已签发死亡证须和其申报材料装订一起，所有已签发死亡证须按签发时间或证书编号顺序进行有序整理，加装封面，装订成册，妥善保存，按档案管理要求永久保存。

4.《死亡证》废证管理

签发机构因遗失空白死亡证、填写或打印错误、个别印刷废品或其他等原因造成死亡证作废时可申请作废，遗失的空白死亡证须由遗失单位在当地公开发行的主流报刊媒体上发布遗失启事，公布遗失证书相应编号，其它废证须加注“作废”字样，同时须对废证进行登记（登记废证编码、作废原因、责任人等信息）并回收废证，由各签发单位每年对所有废证进行集中整理，装订成册，连同废证登记表（见附件9），一并上交当地县（市、区）疾控机构。废证回收后，疾控机构须定期汇总整理各单位废证登记表，装订成册按档案要求归档长期保存。在完成废证登记表归档整理和已核对回收废件的编号和数量无误后，每年可对回收的废证按保密原则进行集中粉碎销毁。

5.《死亡证》统计管理

每年底各签发单位须做好当年度死亡证使用量、留存量和废件量统计（见附件10），并提交下一年度死亡证需要量申报计划（见附件

11),自下而上逐级上报,由各县(市、区)汇总后报市疾控中心。

6.《死亡证》保密管理

各级各类死亡证签发机构和网络直报单位须建立健全公民个人信息安全管理制度,对在死亡证签发和网络直报过程中获得的居民个人信息资料须严格保密和妥善保管。实行人口死亡信息使用审批制度,签定保密协议。严格设定查询权限,严防信息泄露或者被窃取。任何单位和个人不得泄露个人隐私信息。

(六)本地户籍死者家属持《死亡证》第二、三、四联向公安机关申报户籍注销及签章手续后,持第四联办理殡葬手续,外地户籍死者家属可持第四联到殡仪馆办理尸体火化手续。

(七)有关特殊情况的处理规定

1.原则上,殡仪馆凭《死亡证》接运遗体,公安机关或者医疗卫生机构确有特殊情况无法及时出具《死亡证》的,经与殡仪馆协商一致后,可填写《遗体交接登记表》(见附件12),并在事后及时补充提供《死亡证》,协助办理有关手续。

2.部分非正常死亡或未知名尸体,因办案或其他特殊情况需要保存的,由公安机关办案单位或辖区公安派出所按民政部门或殡仪馆的要求,注明遗体冷冻寄存时限和相关信息,由殡仪馆收殓予以保存。

七、其他要求

（一）卫生健康、公安、民政三部门间加强数据交换，民政部门每月将户籍居民死亡遗体火化按《三部门数据交换内容》（附件 13）报送给卫健部门；公安部门每月将销户名单报送卫健部门，进行死因统计分析工作。

（二）卫生健康部门、公安部门各自制定本系统《死亡证办理指引》，需列明本地各类死亡情况的签发流程、签发单位、签发部门以及工作日、节假日和 24 小时值班电话。公安部门需明确签发管理的协调部门和签发职能部门。

（三）卫生健康部门、公安部门、民政部门共同做好《死亡证办理指引》的宣传、业务人员培训、管理及签发质量考核等工作；三部门须采用报刊电视等媒体宣传或印制《死亡证办理指引》折页等方式全方面多途径宣传，让《死亡证办理指引》全面覆盖所有镇（街道）村（居）委、各医疗机构、公安派出所、办证中心、交警部门、殡仪馆等部门或单位，指导群众快捷规范办证。

（四）卫生健康部门、公安部门、民政部门应熟悉《死亡证》的签发，做好部门的职责分工和工作指引。

（五）为保护群众生命安全，打击犯罪，避免不法分子隐藏事实，公安部门应认真协助医疗机构开展死因调查和死亡性质判断。为规范签发证书，各相关单位应严格审查《死亡证》申报材料，确保死亡事

实清楚，死者人证一致。

(六) 各地可根据实际情况，进一步细化相关流程和管理要求。

- 附件:
1. 《云浮市公安局涉尸事（案）件调查表》
 2. 《云浮市死胎证明》
 3. 《云浮市人口死亡申报单》
 4. 补办《居民死亡医学证明（推断）书》申请表
 5. 死亡医学证明（推断）书专用章模版
 6. 《居民死亡医学证明（推断）书》（含封面、打印版内页、手写版内页）
 7. 《居民死亡医学证明（推断）书》发放领用登记表
 8. 已签发《居民死亡医学证明（推断）书》去向登记表
 9. 《居民死亡医学证明（推断）书》废证登记表
 10. 《死亡医学证明（推断）书》管理与使用情况年度统计表
 11. 县（市、区）《死亡医学证明（推断）书》发放联系人信息和年度使用计划上报表
 12. 遗体交接登记表
 13. 《三部门数据交换内容》

附件 1

云浮市公安局涉尸事（案）件调查表

填表单位:

接警编号:

| | | | | | | |
|----------------|--|--|------|--|------|--|
| 死者 基本 信息 | 姓名 | | 性别 | | 年龄 | |
| | 籍贯 | | 发现地点 | | | |
| | 死亡时间 | | 证件号码 | | | |
| | 户籍地址 | | | | | |
| 案情调查 | 一、调查方式 (一) 物证书证 <input type="checkbox"/> (二) 证人证言 <input type="checkbox"/> (三) 被害人陈述 <input type="checkbox"/> (四) 犯罪嫌疑人与被告人陈述和辩解 <input type="checkbox"/> (五) 鉴定结论 <input type="checkbox"/> (六) 勘验检查笔录 <input type="checkbox"/> (七) 视听资料 <input type="checkbox"/> | | | | | |
| | 二、调查意见 (一) 正常死亡 <input type="checkbox"/> (二) 非正常死亡 <input type="checkbox"/> | | | | | |
| 家属或委 托人 | 1. 是否对死因有异议 (1) 有 <input type="checkbox"/> (2) 无 <input type="checkbox"/> 2. 与死者关系 (1) 直系亲属 <input type="checkbox"/> (2) 非直系亲属 <input type="checkbox"/> (3) 委托代理人 <input type="checkbox"/> 身份证号码: 签名 (按手印): | | | | | |
| 办案人员 | 姓名 | | 警号 | | 联系电话 | |
| | 姓名 | | 警号 | | 联系电话 | |
| 办案单位 意见 | 盖章: 日期: 年 月 日 | | | | | |

填表日期: 年 月 日

附件 2

云浮市死胎证明

兹我院病人_____，年龄_____岁，有效身份证件类型：_____，证件号码：_____，于_____年_____月_____日，在我院引产、死胎、死产胎儿，胎儿胎龄_____周，性别_____。

病人户籍地址：_____

病人现住地址：_____

请_____殡仪馆协助办理火化手续。

特此证明

出证人（签名）：

出证单位（盖章）：

年 月 日

附件3

人口死亡申报单

表单内容由申办人(家属/委托人)填写:

| 死者身份 | | | | | | | |
|--|-------|---------------|--|----------|--|------|-------|
| 姓名 | | 性别 | | 民族 | | 出生日期 | 年 月 日 |
| 有效身份证件类型 | | | | 证件号 码 | | | |
| 户籍地址 | | | | | | | |
| 常住地址 | | | | | | | |
| 死亡日期 | 年 月 日 | 死亡地点及所 属镇街 | | | | | |
| 临死前主要 表现和既往 疾病 | | | | | | | |
| 家属对死因初步判断是: 疾病、 生理性死亡(老死)、 意外、 自杀、 被害、 其他原因: | | | | | | | |
| 申办人身份 | | | | | | | |
| 姓名 | | 身份证号码 | | | | | |
| 与死者关系 | | 联系电话 | | | | | |
| 常住地址 | | | | | | | |
| 户籍地址 | | | | | | | |
| <p style="text-align: center;">申办人承诺:</p> <p style="text-align: center;">我承诺以上申报内容均属实, 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;">填 写 日 期: 年 月 日</p> | | | | | | | |

附件 4

补办《居民死亡医学证明（推断）书》申请表

申请人姓名： _____，有效身份证件类型： _____，证件号码： _____，与死者的关系是_____。

死者： _____，性别： _____，年龄： _____，有效身份证件类型： _____，证件号码： _____，原（居住地址，户籍地址）在_____，于____年__月__日死亡，曾在_____开具死亡医学证明书，原件领取人是_____，现由于（何原因）_____

_____申请补办死亡证，请给予办理。

以上所填写信息均真实，由此引起的一切后果由本人承担。

申请人（签名）：

年 月 日

原签发单位职能部门审核意见：

审核人（签名）：

补发人（签名）：

年 月 日

附件 5

死亡医学证明（推断）书专用章模版

印章案例（适用于医疗卫生机构使用）：



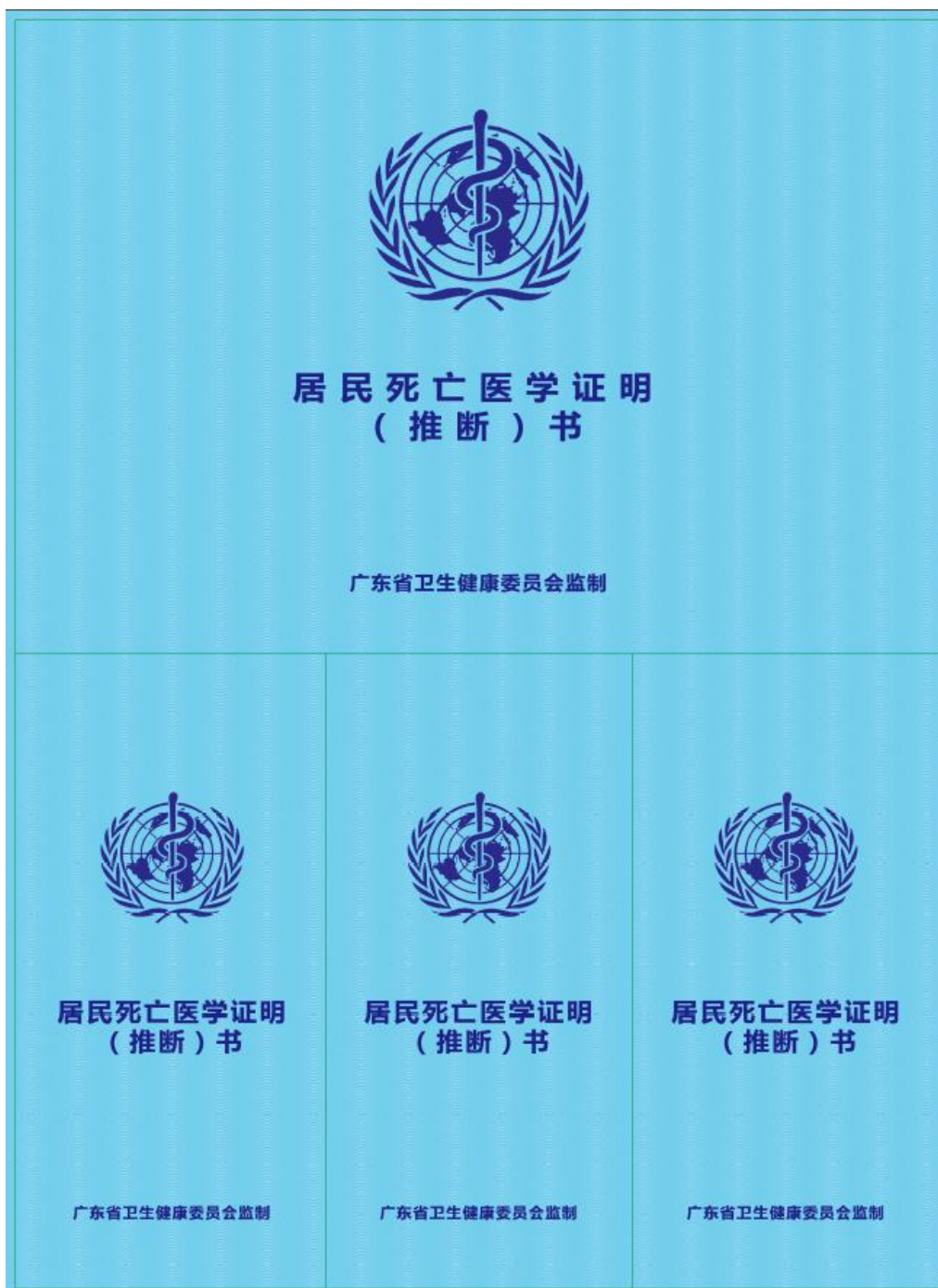
印章说明：

1. 《居民死亡医学证明（推断书）》发证专用章为圆形，直径32mm，印章所刊汉字应当使用国务院公布的简化字，字体应与印模式样的字体一致。

2. 上弧文字为“广东省居民死亡医学证明”，自左而右环形；中心部位分上下两行，分别刊“专用章”+“* *市”字样，中间横线隔开；下弧文字为医疗卫生机构经登记取得《医疗机构执业许可证》名称，自左而右环形。

附件 6

《居民死亡医学证明（推断）书》（含封面、打印版内页、
手写版内页）



| | | |
|--|--|--|
| <p>居民死亡医学证明（推断）书</p> <p>第一联（签发单位留存）</p> <p>证书编号：D442019000001</p> | | |
| <p>居民死亡医学证明（推断）书</p> <p>第二联（公安部门保存）</p> <p>证书编号：D442019000001</p> | <p>居民死亡医学证明（推断）书</p> <p>第三联（死者家属保存）</p> <p>证书编号：D442019000001</p> | <p>居民死亡医学证明（推断）书</p> <p>第四联（殡葬部门保存）</p> <p>证书编号：D442019000001</p> |

居民死亡医学证明（推断）书

第一联（签发单位保存）

证书编号：S442019000001

广东省 _____ 市 _____ 县（市、区）

行政区划代码：_____

| | | | | | | | |
|--------------------------------------|--|------|---|----|--|---|-----------------------------|
| 死者姓名 | | 性别 | 1男, 0未知的性别, 2女, 9未声明的性别 | 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台胞证, 9其他法定证件 | 证件号码 | | | 年龄 | 婚姻状况 | 1已婚, 2未婚, 3丧偶, 4离异, 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个体工商户, 79无业人员, 99离退休人员, 90其他 | |
| 死亡时间/发现死亡时间 | 时 分 | 死亡地点 | 1医疗卫生机构, 2殡仪馆中, 3家中, 4养老服务机构, 5其他场所, 6不详 | | 死亡时是否处于危险期或濒死状态 | 1是, 2否, 3不详 | |
| 生前工作单位 | 户籍地址 | | 常住地址 | | | | |
| 可联系的家庭成员姓名 | 联系电话 | | 家属住址或工作单位 | | | | |
| 死亡的主要疾病诊断 | | | 疾病名称（勿填写状态） | | | 发病至死亡大概间隔时间 | |
| I. (a) 直接死亡原因 | | | | | | | |
| (a) 引起 (a) 的疾病或情况 | | | | | | | |
| (b) 引起 (b) 的疾病或情况 | | | | | | | |
| (c) 引起 (c) 的疾病或情况 | | | | | | | |
| (d) 引起 (d) 的疾病或情况 | | | | | | | |
| II. 其他疾病诊断（能导致死亡，但与导致死亡无直接关系的其他重要情况） | | | | | | | |
| 生前主要疾病最高诊断单位 | | | 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 | | | | |
| 公安/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 | |
|----------------|-------|
| 死者生前病史及身体状况： | |
| | |
| 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 |

注：①此表适用于所有死亡个案；②办理人应为死者近亲属或知情人；③必须提供以下资料：死者有效身份证件，生前病历记录，办理人有效身份证件。

居民死亡医学证明（推断）书

第二联（公安部门保存）

证书编号：S442019000001 行政区划代码：_____

| | | |
|-----------------------|------------|------|
| 死者姓名 | 性别 | 年龄 |
| 国家/地区 | 民族 | |
| 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 |
| 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死者家属持此联到公安机关办理户籍注销手续；
②无医师/法医及民警签字，签发机构及公安部门盖章无效。

居民死亡医学证明（推断）书

第三联（死者家属保存）

证书编号：S442019000001 行政区划代码：_____

| | | |
|-----------------------|------------|------|
| 死者姓名 | 性别 | 年龄 |
| 国家/地区 | 民族 | |
| 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 |
| 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死者家属持此联到公安机关备案；
②无医师/法医及民警签字，签发机构及公安部门盖章无效；
③除了签发机构以外的死亡原因推定后推断。

居民死亡医学证明（推断）书

第四联（殡葬部门保存）

证书编号：S442019000001 行政区划代码：_____

| | | |
|-----------------------|------------|------|
| 死者姓名 | 性别 | 年龄 |
| 国家/地区 | 民族 | |
| 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 |
| 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死者家属持此联到殡仪馆办理遗体火化手续；
②死于医疗机构，医师/法医签名及签发机构盖章有效；死于非医疗机构，医师/法医及民警签字，签发机构盖章和公安部门意见盖章有效。

《居民死亡医学证明（推断）书》说明：

1. 全套证书分正反两面，正面为封面，印刷证书名称、LOGO和监制单位，反面为证书内容，包括打印版和手写版两种类型证书，两款证书尺寸、用纸、正面、印制工艺、防伪设计均完全一样。打印版死亡证反面仅印制证书表头内容和证书编号，死亡证表格及以下内容均空白，由签发单位打印。手写版死亡证反面印有全部死亡证表头和表格所有内容，表格空白部分由签发机构人员手写填写内容。

2. 全套证书大小为 A3，分上下两个 A4 页面（210*295mm 横版，上页 A4 为死亡证第一联（用于签发机构保存），下页 A4 为死亡证第二、三、四联（交付死者家属，分别用于销户后公安部门保存、死者家属保存、火化后殡葬部门保存）。

3. 该证书一证一码，编码共有 13 位，规则：字母 D 或 S(D:代表打印版，S 代表手写版)+44（代表广东省）+印刷年度（4 位）+6 位流水号；分打印版和手写版两类分别从 D442019000001、S442019000001 开始流水号编号。打印版应用于已具备打印条件的医疗机构，手写版应用于公安部门签发以及暂未具备打印条件的医疗机构。

4. 为提高证书的规范度和识别度，根据《居民死亡医学证明（推断）书》特点设计多种防伪技术，达到易辨识、不易仿造的特点。

附件 7

《居民死亡医学证明（推断）书》发放领用登记表

单位名称：

| 领用单位 /领用科室（人） | 领用时间 | 领用数量（份） | 证书起止编号 | 领用人签 名 | 发放人签 名 | 备注 |
|------------------|------|---------|--------|-----------|-----------|----|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

说明：各级各类签发单位发放或领用时必须填写此表。

附件 9

《居民死亡医学证明（推断）书》废证登记表

单位名称：

| 科室名称 | 签发人 | 回收时间 | 证书编号 | 废证原因 | | | 遗失原因 或其他备注 |
|------|-----|------|------|------|----|----|---------------|
| | | | | 填写错误 | 遗失 | 其他 | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

说明：各级各类签发单位须对作废死亡证进行逐份登记，并回收废证集中存放，年底将废证和登记表统一回收
到上一级发放单位。

附件10

《死亡医学证明（推断）书》管理与使用情况年度统计表

单位名称（盖章）：

统计年度： 年

| 上年度存余数 (1) | 当年申领数 (2) | 当年医疗机构内使用 | | | 当年乡镇卫生院/街道社区卫生机构使用 | | | 当年公安部门使用 | | | 废证数 | | | | 当年库存数 (16) | 下年度计划数 (17) |
|---------------|--------------|--------------|------------|-----------|--------------------|------------|-----------|--------------|-------------|------------|--------------|------------|------------|------------|---------------|----------------|
| | | 首次签发数 (3) | 补发数 (4) | 小计 (5) | 首次签发数 (6) | 补发数 (7) | 小计 (8) | 首次签发数 (9) | 补发数 (10) | 小计 (11) | 填写错误 (12) | 遗失 (13) | 其他 (14) | 小计 (15) | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |

说明：1、逻辑关系： $(16) = (1) + (2) - (5) - (8) - (11) - (15)$ ；

2、以县区为单位填写此表时，年度申报计划数 $(17) = \text{当地常住人口数} * 7\text{‰} - (16)$ ；

3、每年1月对上年度各签发单位使用情况进行汇总统计，1月15日前把本年度计划数上报到当地卫生计生行政部门。

负责人：

填表人：

填表时间：

年 月 日

附件 11

_____《死亡医学证明（推断）书》发放联系人信息和年度使用计划上报表

填报单位（盖章）：

填报时间： 年 月 日

| 姓名 | 股/科 | 职务 | 工作电话 | 手机 | 电子邮件 | _____年度死亡证使用计划 (份) | 收件地址 |
|----|-----|----|------|----|------|-----------------------|------|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

附件 12

遗体交接登记表

| | | | | | | | |
|------------|--|---------------|--|----------|--|------|--|
| 死者姓名 | | 性别 | | 年龄 | | 民族 | |
| 证件类型 | | 证件号码 | | | | 死因推断 | |
| 户籍地址 | | | | | | | |
| 生前常住地址 | | | | | | | |
| 遗体状况 | | | | 随身遗物 | | | |
| 其他情况 | | | | | | | |
| 遗体交接地点 | | 遗体交运单位对遗体处理意见 | | 遗体交接日期 | | | |
| 遗体交运单位 | | 交运经办人签名 | | 交运单位联系电话 | | | |
| | | | | 经办人联系电话 | | | |
| 见证人(治丧人)签名 | | 与死者关系 | | 联系电话 | | | |
| 遗体接收单位 | | 接收经办人签名 | | 接收单位联系电话 | | | |
| | | | | 经办人联系电话 | | | |

注：1. 本表一式三份，遗体交运方、接收方、见证人（治丧人）各持一份，如遗体交接现场无见证人（治丧人），则由遗体交运方持两份，待联系到死者亲属后再交予死者亲属。

2. 死因推断仅为现场初步推断，死亡原因最终以《居民死亡医学证明（推断）书》为准。

3. 见证人（治丧人）、遗体交运方应及时为死者办理遗体火化，如需延期存放，应在 7 日内联系遗体接收方，办理遗体延期存放手续。

附件 13

三部门数据交换内容（公安部门/卫生健康部门/民政部门）

人口死亡信息交换数

填报单位：

| 序号 | 死亡证编号 | 死者姓名 | 性别 | 民族 | 年龄 | 身份证号码 | 常住地址 | 户籍地址 | 出生日期 | 死亡日期 | 死亡原因 | 家属姓名 | 联系电话 | 家属住址或单位 | 医师签名 | 医疗卫生机构名称 | 派出所名称 |
|----|-------|------|----|----|----|-------|------|------|------|------|------|------|------|---------|------|----------|-------|
| 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |

单位责任人：

填报日期： 年 月

校对：医政医管基药科 严秋嫦

(共印 23 份)