

参考

新

別記様式（第三条関係）

死産届 令和 年 月 日 届出 長殿		受	年 月 日	令和 年 月 日	調査票作成
		付	事件簿番号	死産第 号	
父母の婚姻 直前の本籍 (外国人のときは国籍 を書いてください。)	父 都道府 県 名	母 都道府 県 名			
氏 名 生 年 月 日 (死産があったときの 年齢)	年 月 日 (満 歳)	年 月 日 (満 歳)			
死産児の男女別 及び嫡出子か否 かの別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 不 詳 <input type="checkbox"/> 嫡 出 子 <input type="checkbox"/> 嫡 出 で な い 子				
死産があったとき	令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 午 前 <input type="checkbox"/> 午 後	時	分	
死産があったと ころ			番 地	番 号	
死産があったと きの母の住所 (住民登録をしてい るところを書いて ください。)			番 地	番 号	
死産があったと きの世帯の 主 な 事 業 と	<input type="checkbox"/> 1. 農業だけまたは農業とその他の仕事を待っている世帯 <input type="checkbox"/> 2. 自由業・商工業・サービス業等を個人で経営している世帯 <input type="checkbox"/> 3. 企業・個人商店等（官公庁は除く）の常用勤労者世帯で勤め先の従業者 数が1人から99人までの世帯（日々または1年未満の契約の雇用者は5） <input type="checkbox"/> 4. 3にあてはまらない常用勤労者世帯及び会社団体の役員の世界帯（日々ま たは1年未満の契約の雇用者は5） <input type="checkbox"/> 5. 1から4にあてはまらないその他の仕事をしている者のいる世帯 <input type="checkbox"/> 6. 仕事をしている者のいない世帯				
父 母 の 職 業	(国勢調査の年… 年…の4月1日から翌年3月31日までに死産があったと きだけ書いてください。) 父の職業 母の職業				
この母の出産し た子の数	出生子（出生後死亡した子を含む）…………… 人 妊娠22週以後の死産児（この死産児 を含む）…………… 胎 妊娠21週以前の死産児又は流産死胎 （この死産児を含む）…………… 胎				
届 出 人	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 同居者 <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 助産師 <input type="checkbox"/> その他の立会者				
	住 所			番 地	番 号
氏 名					

旧

別記様式（第三条関係）

死産届 令和 年 月 日 届出 長殿		受	年 月 日	令和 年 月 日	調査票作成
		付	事件簿番号	死産第 号	
父母の婚姻 直前の本籍 (外国人のときは国籍 を書いてください。)	父 都道府 県 名	母 都道府 県 名			
氏 名 生 年 月 日 (死産があったときの 年齢)	年 月 日 (満 歳)	年 月 日 (満 歳)			
死産児の男女別 及び嫡出子か否 かの別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 不 詳 <input type="checkbox"/> 嫡 出 子 <input type="checkbox"/> 嫡 出 で な い 子				
死産があったとき	令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 午 前 <input type="checkbox"/> 午 後	時	分	
死産があったと ころ			番 地	番 号	
死産があったと きの母の住所 (住民登録をしてい るところを書いて ください。)			番 地	番 号	
死産があったと きの世帯の 主 な 事 業 と	<input type="checkbox"/> 1. 農業だけまたは農業とその他の仕事を待っている世帯 <input type="checkbox"/> 2. 自由業・商工業・サービス業等を個人で経営している世帯 <input type="checkbox"/> 3. 企業・個人商店等（官公庁は除く）の常用勤労者世帯で勤め先の従業者 数が1人から99人までの世帯（日々または1年未満の契約の雇用者は5） <input type="checkbox"/> 4. 3にあてはまらない常用勤労者世帯及び会社団体の役員の世界帯（日々ま たは1年未満の契約の雇用者は5） <input type="checkbox"/> 5. 1から4にあてはまらないその他の仕事をしている者のいる世帯 <input type="checkbox"/> 6. 仕事をしている者のいない世帯				
父 母 の 職 業	(国勢調査の年… 年…の4月1日から翌年3月31日までに死産があったと きだけ書いてください。) 父の職業 母の職業				
この母の出産し た子の数	出生子（出生後死亡した子を含む）…………… 人 妊娠22週以後の死産児（この死産児 を含む）…………… 胎 妊娠21週以前の死産児又は流産死胎 （この死産児を含む）…………… 胎				
届 出 人	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 同居者 <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 助産師 <input type="checkbox"/> その他の立会者				
	住 所			番 地	番 号
氏 名					印

新

死産証書(死胎検案書)

この死産届書(死胎検案書)は、産科医の死産届付作成の資料としても用いられます。おい書で、できるだけ詳しく書いてください。

死産児の男女別	1 男	母の氏名				
	2 女		妊娠週数	調	日	
	3 不詳					
死産が起きたとき	令和 年 月 日	午前・午後	時	分		
死産児の体重及び身長	体重	身長	グラム	センチメートル		
胎児死亡の時間(死胎検案書以外の(自然死産に限る))	1 分娩前		2 分娩中	3 不明		
死産があったところ及びその番号	死産があったところの種類	1 病院 2 診療所 3 助産所 4 自宅 5 その他				
	死産があったところ(〒印)※	番 号				
死産の名称	胎児の名称					
	1 単胎 2 多胎(子中胎 子) 3 不詳					
死産の自然人工別	1 自然死産					
	2 母体保護法による人工死産					
	3 母体保護法による人工死産					
	4 不明					
自然死産の原因若しくは理由又は人工死産の理由	自然死産の場合		人工死産の場合			
	直接原因又は理由	胎児の側	母の側	母体保護法による場合	1 疾患名	
		イ 原因			2 理由	
		ウ 原因			その他	
	その他の理由	イ 原因			1 疾患名	
		ウ 原因			2 理由	
エ 原因				その他		
胎児手術の有無	1 無	2 有	[理由及び実施内容]			
死胎解剖の有無	1 無	2 有	[実施内容]			
1 医師	上記のとおり証明(検査)する 説明(検査)年月日 令和 年 月 日					
2 助産師	本証明書(検案書)発行年月日 令和 年 月 日					
	(病院、診療所若しくは助産所の名称及び所在地又は医師若しくは助産師の住所)(氏名)				番 号	

記入の注意

妊娠週数は、最終月経、基礎体温、超音波検査等により測定し、できる限り正確に書いてください。

母の12桁は、「年(前2桁)・日(後2桁)・性別(1桁)・番号(後7桁)」と書いてください。

1欄及び2欄に記載した内容について、答え又はその番号と一致するものがある場合は必ず記入してください。

旧

死産証書(死胎検案書)

この死産届書(死胎検案書)は、産科医の死産届付作成の資料としても用いられます。おい書で、できるだけ詳しく書いてください。

死産児の男女別	1 男	母の氏名				
	2 女		妊娠週数	調	日	
	3 不詳					
死産が起きたとき	令和 年 月 日	午前・午後	時	分		
死産児の体重及び身長	体重	身長	グラム	センチメートル		
胎児死亡の時間(死胎検案書以外の(自然死産に限る))	1 分娩前		2 分娩中	3 不明		
死産があったところ及びその番号	死産があったところの種類	1 病院 2 診療所 3 助産所 4 自宅 5 その他				
	死産があったところ(〒印)※	番 号				
死産の名称	胎児の名称					
	1 単胎 2 多胎(子中胎 子) 3 不詳					
死産の自然人工別	1 自然死産					
	2 母体保護法による人工死産					
	3 母体保護法による人工死産					
	4 不明					
自然死産の原因若しくは理由又は人工死産の理由	自然死産の場合		人工死産の場合			
	直接原因又は理由	胎児の側	母の側	母体保護法による場合	1 疾患名	
		イ 原因			2 理由	
		ウ 原因			その他	
	その他の理由	イ 原因			1 疾患名	
		ウ 原因			2 理由	
エ 原因				その他		
胎児手術の有無	1 無	2 有	[理由及び実施内容]			
死胎解剖の有無	1 無	2 有	[実施内容]			
1 医師	上記のとおり証明(検査)する 説明(検査)年月日 令和 年 月 日					
2 助産師	本証明書(検案書)発行年月日 令和 年 月 日					
	(病院、診療所若しくは助産所の名称及び所在地又は医師若しくは助産師の住所)(氏名)				番 号	

記入の注意

妊娠週数は、最終月経、基礎体温、超音波検査等により測定し、できる限り正確に書いてください。

母の12桁は、「年(前2桁)・日(後2桁)・性別(1桁)・番号(後7桁)」と書いてください。

1欄及び2欄に記載した内容について、答え又はその番号と一致するものがある場合は必ず記入してください。