

事務連絡  
平成27年11月24日

各都道府県衛生主管部（局）  
がん対策担当課 御中

厚生労働省健康局  
がん・疾病対策課

### 戸籍届書の標準様式の一部改正について

がん対策の推進につきましては、平素から格段の御配慮を賜り、厚く御礼申し上げます。

さて、法務省から法務局に対して、戸籍届書の標準様式の一部改正について通知されておりますので、別添のとおり情報提供いたします。死亡届の届書の標準様式において、「がん登録等の推進に関する法律に基づく全国がん登録（厚生労働省所管）にも用いられる」旨が明記されるものです。

死亡届に含まれる死亡診断書は、医師が記載するものですので、本通知については、保健所及び市区町村へ周知していただくとともに、管内の医療機関に対しても周知していただくよう御協力をお願いいたします。

法務省民一第 1 1 8 5 号

平成 2 7 年 1 0 月 3 0 日

法 務 局 長 殿

地方法務局長 殿

法務省民事局長

(公 印 省 略)

戸籍届書の標準様式の一部改正について（通達）

がん登録等の推進に関する法律(平成 2 5 年法律第 1 1 1 号)が平成 2 8 年 1 月 1 日から施行されることに伴い、同日から、昭和 5 9 年 1 1 月 1 日付け法務省民二第 5 5 0 2 号当職通達をもって示した戸籍届書の標準様式中、死亡届の届書の標準様式を別紙のとおり改めますので、これを了知の上、貴管下支局長及び管内市区町村長に周知方取り計らい願います。

なお、従前の様式による届書の用紙がある場合には、本通達実施後もこれを用いることができることとしますので、念のため申し添えます。

# 死亡届

平成 年 月 日 届出

長 殿

受理 平成 年 月 日 第 号	發送 平成 年 月 日					
送付 平成 年 月 日 第 号	長 印					
書類調査		戸籍記載	記載調査	調査票	附 票	住民票

(1) (よみかた)	氏 名	
(2) 氏 名	氏 名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
(3) 生 年 月 日	年 月 日	<input type="checkbox"/> 午前 時 分 <input type="checkbox"/> 午後
(4) 死亡したとき	平成 年 月 日	<input type="checkbox"/> 午前 時 分 <input type="checkbox"/> 午後
(5) 死亡したところ	番地 番 号	
(6) 住 所 (住民登録をして いるところ)	世帯主 の氏名	番地 番 号
(7) 本 籍 (外国人のときは 国籍だけを書い てください)	筆頭者 の氏名	番地 番
(8) 死亡した人の 夫または妻	<input type="checkbox"/> いる (満 歳) <input type="checkbox"/> いない ( <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 死別 <input type="checkbox"/> 離別)	
(10) 死亡したときの 世帯のおもな 仕事と	<input type="checkbox"/> 1. 農業だけまたは農業とその他の仕事を持っている世帯 <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	
(11) 死亡した人の 職業・産業	(国勢調査の年… 年…の4月1日から翌年3月31日までに死亡したときだけ書いてください) 職業	産業
そ の 他		
届 出 人	<input type="checkbox"/> 1. 同居の親族 <input type="checkbox"/> 2. 同居していない親族 <input type="checkbox"/> 3. 同居者 <input type="checkbox"/> 4. 家主 <input type="checkbox"/> 5. 地主 <input type="checkbox"/> 6. 家屋管理人 <input type="checkbox"/> 7. 土地管理人 <input type="checkbox"/> 8. 公設所の長 <input type="checkbox"/> 9. 後見人 <input type="checkbox"/> 10. 保佐人 <input type="checkbox"/> 11. 補助人 <input type="checkbox"/> 12. 任意後見人	
	住 所	番地 番 号
	本 籍	番地 番 筆頭者 の氏名
	署 名	印 年 月 日生
事件簿番号		

### 記入の注意

鉛筆や消えやすいインキで書かないでください。死亡したことを知った日からかぞえて7日以内に出してください。死亡者の本籍地でない役場に出すときは、2通出してください(役場が相当と認めるときは、1通で足りることもあります。)。2通の場合でも、死亡診断書は、原本1通と写し1通でさしつかえありません。

「筆頭者の氏名」には、戸籍のはじめに記載されている人の氏名を書いてください。

内縁のものはふくまれません。

□には、あてはまるものに☑のようにしるしをつけてください。

死亡者について書いてください。

届け出られた事項は、人口動態調査(統計法に基づく基幹統計調査、厚生労働省所管)、がん登録等の推進に関する法律に基づく全国がん登録(厚生労働省所管)にも用いられます。

# 死亡診断書(死体検案書)

この死亡診断書(死体検案書)は、我が国の死因統計作成の資料としても用いられます。かい書で、できるだけ詳しく書いてください。

氏 名	1男 2女	生年月日	明治 昭和 大正 平成 (生まれてから30日以内に死亡したときは生まれた時刻も書いてください)	年 月 日 午前・午後 時 分
死亡したとき	平成 年 月 日 午前・午後 時 分			
死亡したところ 及びその種別	死亡したところの種別	1 病院 2 診療所 3 介護老人保健施設 4 助産所 5 老人ホーム 6 自宅 7 その他		
死亡の原因	(ア) 直接死因	発病(発症)		
	(イ) (ア)の原因	又は受傷から死亡までの期間		
	(ウ) (イ)の原因	◆年、月、日等の単位で書いてください		
	(エ) (ウ)の原因	ただし、1日未満の場合は、時、分等の単位で書いてください (例：1年3か月、5時間20分)		
	◆I欄、II欄ともに疾患の終末期の状態としての心不全、呼吸不全等は書かないでください ◆I欄では、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で書いてください ◆I欄の傷病名の記載は各欄一つにしてください	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等	部位及び主要所見	
手術	1 無 2 有	手術年月日 平成 年 月 日		
解剖	1 無 2 有	主要所見		
死 因 の 種 類	1 病死及び自然死 外因死 不慮の外因死 { 2 交通事故 3 転倒・転落 4 溺水 5 煙、火災及び火焰による傷害 } 6 窒息 7 中毒 8 その他 その他及び不詳の外因死 { 9 自殺 10 他殺 11 その他及び不詳の外因 } 12 不詳の死			
外 因 死 の 追 加 事 項	傷害が発生したとき	平成・昭和 年 月 日 午前・午後 時 分	傷害が発生したところ	都道府県 市 区 町 村
◆伝聞又は推定情報の場合でも書いてください	手段及び状況			
生後1年未満で 病死した場合の 追 加 事 項	出生時体重 グラム	単胎・多胎の別 1 単胎 2 多胎 ( 子中第 子 )	妊娠週数 満 週	前回までの妊娠の結果 出生児 人 死産児 胎 (妊娠満2週以後に限る)
妊娠・分娩時における母体の病態又は異状	母の生年月日 昭和 年 月 日 平成			
その他特に付言すべきことがら				
上記のとおり診断(検案)する	診断(検案)年月日 平成 年 月 日			
(病院、診療所若しくは介護老人保健施設等の名称及び所在地又は医師の住所)	本診断書(検案書)発行年月日 平成 年 月 日			番地 番 号
(氏名)	医師			印

### 記入の注意

一 生年月日が不詳の場合は、推定年齢をカッコを付して書いてください。

一 夜の12時は「午前0時」、昼の12時は「午後0時」と書いてください。

一 「老人ホーム」は、養護老人ホーム、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム及び有料老人ホームをいいます。

一 傷病名等は、日本語で書いてください。  
I欄では、各傷病について発病の型(例：急性)、病因(例：病原体名)、部位(例：胃噴門部がんと)、性状(例：病理組織型)等もできるだけ書いてください。

一 妊娠中の死亡の場合は「妊娠満何週」、また、分娩中の死亡の場合は「妊娠満何週の一分娩中」と書いてください。

一 産後4日未満の死亡の場合は「妊娠満何週産後満何日」と書いてください。

一 I欄及びII欄に関係した手術について、術式又はその診断名と関連のある所見等を書いてください。紹介状や伝聞等による情報についてもカッコを付して書いてください。

一 「2交通事故」は、事故発生からの期間にかかわらず、その事故による死亡が該当します。  
「5煙、火災及び火焰による傷害」は、火災による一酸化炭素中毒、窒息等も含まれます。

一 「1住居」とは、住宅、庭等をいい、老人ホーム等の居住施設は含まれません。

一 傷害がどのような状況で起こったかを具体的に書いてください。

一 妊娠週数は、最終月経、基礎体温、超音波計測等により推定し、できるだけ正確に書いてください。母子健康手帳等を参考に書いてください。