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