



ใบรับแจ้งการตาย

ที่..... /

สถานที่รับแจ้ง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

1 ผู้ ตาย	1.1 ชื่อตัว - ชื่อสกุล		1.2 เลขประจำตัวประชาชน		1.3 เพศ
	1.4 อายุ.....ปี		1.5 สัญชาติ.....	1.6 อาชีพ.....	1.7 สถานภาพสมรส.....
	1.8 ที่อยู่.....				1.9 ศาสนา.....
	1.10 ตาย วันที่..... เวลา			1.11 ผู้รักษาก่อนตาย.....	
	1.12 สาเหตุการตายที่ได้รับแจ้งจากผู้แจ้ง.....				
2 สถานที่ ที่ตาย	2.1 สถานที่ผู้ตายเข้ารับการรักษาพยาบาลครั้งสุดท้ายก่อนเสียชีวิต				
	ชื่อสถานพยาบาล..... อำเภอ..... จังหวัด.....			2.3 พักอยู่สถานที่ตายนาน	
3 หลักฐาน การแจ้ง ตาย	2.2 สถานที่ตาย บ้านเลขที่ / หมู่ที่ / ซอย / ถนน / ตำบล / อำเภอ / จังหวัด				
ปี.....เดือน.....วัน				
4 มารดา บิดาของ ผู้ตาย	4.1 ชื่อตัว - ชื่อสกุลมารดา		4.2 สัญชาติ	4.3 เลขประจำตัวประชาชน	
	4.4 ชื่อตัว - ชื่อสกุลบิดา		4.5 สัญชาติ	4.6 เลขประจำตัวประชาชน	
5 ผู้แจ้ง การตาย	5.1 ชื่อตัว - ชื่อสกุล			5.2 เลขประจำตัวประชาชน	
	5.3 ที่อยู่.....			5.4 ความเกี่ยวพันเป็น.....	
6 ศพ	จัดการศพโดย		สถานที่		
	<input type="checkbox"/> เก็บ <input type="checkbox"/> ผัง <input type="checkbox"/> เผา <input type="checkbox"/> อื่น ๆ			

ลงชื่อ.....ผู้แจ้ง
(.....)ลงชื่อ.....นายทะเบียนผู้รับแจ้ง
(.....)

ได้รับหลักฐานการรับแจ้งการตายแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้แจ้ง
(.....)ตำแหน่ง.....
** กรณีผู้ตายไม่ได้เสียชีวิตที่สถานที่พยาบาล ให้ผู้แจ้งการตายนำไปรับแจ้งการตายไปพบแพทย์
หรือสาธารณสุขอำเภอหรือหัวหน้าสถานีอนามัยแล้วแต่กรณี เพื่อให้ลงสาเหตุการตายตาม
แบบด้านหลังเอกสารนี้ก่อนที่นายทะเบียนผู้รับแจ้งจะออกใบมรณบัตร **

หลักฐานการรับแจ้งการตาย

สำนักทะเบียน.....

ได้รับแจ้งการตายของ..... ตามใบรับแจ้งการตายเลขที่..... /

ลงวันที่..... นายทะเบียนได้อนุญาตให้จัดการศพโดย เก็บ ผัง เผา อื่น ๆ

ณ สถานที่

ลงชื่อ.....นายทะเบียนผู้รับแจ้ง
(.....)

ข้อสันนิษฐานสาเหตุการตาย โดยแพทย์

(ได้จากการสอบถามข้อมูลจากญาติผู้ตาย หรือผู้รู้รายละเอียด หรือประวัติการรักษาในสถานพยาบาล ซึ่งผู้สันนิษฐานอาจมิได้พบศพ)

สาเหตุการตายในเอกสารฉบับนี้ ไม่สามารถนำไปใช้เป็นหลักฐานในการดำเนินคดีทางแพ่ง / อาญาได้

สาเหตุการตาย	1. โรคที่เป็นสาเหตุการตาย (เขียนเป็นภาษาอังกฤษตัวพิมพ์ใหญ่ (CAPITAL LETTER) ห้ามใช้คำย่อ)	ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มเป็นโรคนจนกระทั่งเสียชีวิต
	a)..... (due to)
	b)..... (due to)
	c)..... (due to)
	d).....
	(กรณีการตายผิดธรรมชาติ โปรดระบุว่า เป็น SUICIDE, HOMICIDE หรือ ACCIDENT ประเภทใด)	
	2. โรคหรือภาวะอื่นที่เป็นต้นเหตุท่อน.....	
	3. โรคหรือภาวะที่ให้เจ้าหน้าที่ทะเบียนราษฎรคัดลอกลงในช่อง "สาเหตุการตาย" ในมรณบัตร * * เป็นสาระสำคัญที่ต้องระบุให้นายทะเบียนออกมรณบัตรได้ * * (ให้เขียนเพียงโรคหรือภาวะเดียวเท่านั้นโดยเขียนเป็นภาษาไทย)	
	4. หากผู้เสียชีวิตเป็นสตรี <input type="checkbox"/> ไม่ตั้งครรภ์ <input type="checkbox"/> กำลังตั้งครรภ์..... สัปดาห์ ขณะเสียชีวิต <input type="checkbox"/> เพิ่งสิ้นสุดการตั้งครรภ์ไม่เกิน 6 สัปดาห์ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	

ลงชื่อ.....ผู้สันนิษฐานสาเหตุการตาย (.....) ** กรณีที่ไม่มีโรงพยาบาลหรือโรงพยาบาลอยู่ห่างไกล ให้สาธารณสุขอำเภอหรือหัวหน้าสถานีอนามัยเป็นผู้ให้สาเหตุการตาย โดยลงรายการเฉพาะข้อ 3, 4 เท่านั้น	หมายเหตุ : สาเหตุการตายที่ระบุในใบรับแจ้งการตายฉบับนี้ ระบุไว้ตามกฎหมาย บัญชีจำเนกโรคระหว่างประเทศ เพื่อรวบรวมข้อมูลทะเบียนราษฎร, ทำสถิติการตายของประเทศและใช้ในด้านกรวางแผนป้องกันและแก้ไข ปัญหาสาธารณสุขเท่านั้น จึงอาจแตกต่างจากใบรับรองทางกฎหมาย ชนิดอื่น (เช่น ใบชันสูตรพลิกศพ) ได้
--	--

บันทึกการปฏิบัติงานของสำนักทะเบียน	
เส้น นายทะเบียน ตรวจสอบหลักฐานแล้ว ปรากฏว่า..... ความเห็น เห็นควร..... ลงชื่อ..... (.....) ตำแหน่ง...../...../.....	คำสั่งนายทะเบียน ลงชื่อ..... (.....) ตำแหน่ง...../...../.....
รายการปฏิบัติ	ลงชื่อผู้ปฏิบัติ
<input type="checkbox"/> ได้ออกมรณบัตรแล้ว เลขที่..... <input type="checkbox"/> ได้จำหน่ายชื่อในทะเบียนบ้าน เลขที่..... <input type="checkbox"/> อื่น ๆ
ข้าพเจ้าได้รับ <input type="checkbox"/> มรณบัตรเลขที่..... <input type="checkbox"/> สำเนาทะเบียนบ้านเลขที่..... <input type="checkbox"/> อื่น ๆ
ลงชื่อ..... ผู้แจ้ง / ผู้รับ (.....)/...../.....	