



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 สถานที่ผู้ตายเข้ารับการรักษายาบาลครั้งสุดท้ายก่อนเสียชีวิต ชื่อสถานพยาบาล..... อำเภอ..... จังหวัด.....				
	2.2 สถานที่ตาย บ้านเลขที่ / หมู่ที่ / ซอย / ถนน / ตำบล / อำเภอ / จังหวัด			2.3 พักอยู่สถานที่ตายนานปี.....เดือน.....วัน	
3 หลักฐาน การแจ้ง ตาย	☐ บัตรประจำตัวของผู้แจ้ง..... ☐ หนังสือมอบหมายจากเจ้าบ้าน ☐ มี ☐ ไม่มี ☐ สำเนาทะเบียนบ้านเลขที่ ☐ บัตรประจำตัวของผู้ตาย (ถ้ามี) เลขที่ ☐ หลักฐานอื่น ๆ				
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 ☐ เก็บ ☐ ผัง ☐ เผา ☐ อื่น ๆ		สถานที่		

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

ได้รับหลักฐานการรับแจ้งการตายแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้แจ้ง
(.....)

ตำแหน่ง.....

** กรณีผู้ตายไม่ได้เสียชีวิตที่สถานที่พยาบาล ให้ผู้แจ้งการตายนำใบรับแจ้งการตายไปพบแพทย์หรือสาธารณสุขอำเภอหรือหัวหน้าสถานีอนามัยแล้วแต่กรณี เพื่อให้ลงสาเหตุการตายตามแบบด้านหลังเอกสารนี้ก่อนที่นายทะเบียนผู้รับแจ้งจะออกใบมรณบัตร **

หลักฐานการรับแจ้งการตาย

สำนัทะเบียน.....

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)	ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มเป็นโรคจนกระทั่งเสียชีวิต
	a)..... (due to)	
	b)..... (due to)	
	c)..... (due to)	
	d).....	
(กรณีการตายผิดธรรมชาติ โปรดระบุว่าเป็น SUICIDE, HOMICIDE หรือ ACCIDENT ประเภทใด)		
2. โรคหรือภาวะอื่นที่เป็นต้นเหตุหนุน.....		
3. โรคหรือภาวะที่ให้เจ้าหน้าที่ทะเบียนราษฎรคัดลอกลงในช่อง "สาเหตุการตาย" ในมรณบัตร * * เป็นสาระสำคัญที่ต้องระบุให้นายทะเบียนออกมรณบัตรได้ * *		
(ให้เขียนเพียงโรคหรือภาวะเดียวเท่านั้นโดยเขียนเป็นภาษาไทย)		
4. หากผู้เสียชีวิตเป็นสตรี ☐ ไม่ตั้งครรภ์ ☐ กำลังตั้งครรภ์.....สัปดาห์ ขณะเสียชีวิต ☐ เพิ่งสิ้นสุดการตั้งครรภ์ไม่เกิน 6 สัปดาห์ ☐ ไม่ทราบ		

ลงชื่อ.....ผู้สันนิษฐานสาเหตุการตาย (.....) ** กรณีที่ไม่มีโรงพยาบาลหรือโรงพยาบาลอยู่ห่างไกล ให้สาธารณสุขอำเภอหรือหัวหน้าสถานีอนามัยเป็นผู้ให้สาเหตุการตาย โดยลงรายการเฉพาะข้อ 3, 4 เท่านั้น	หมายเหตุ : สาเหตุการตายที่ระบุในใบรับแจ้งการตายฉบับนี้ ระบุไว้ตามกฎหมายเกณฑ์บัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศ เพื่อรวบรวมข้อมูลทะเบียนราษฎร, ทำสถิติการตายของประเทศและใช้ในการวางแผนป้องกันและแก้ไขปัญหาด้านสาธารณสุขเท่านั้น จึงอาจแตกต่างจากใบรับรองทางกฎหมายชนิดอื่น (เช่น ใบชันสูตรพลิกศพ) ได้
--	---

บันทึกการปฏิบัติงานของสำนักทะเบียน	
เสนอ นายทะเบียน ตรวจสอบหลักฐานแล้ว ปรากฏว่า..... ความเห็น เห็นควร..... ลงชื่อ..... (.....) ตำแหน่ง...../...../.....	คำสั่งนายทะเบียน ลงชื่อ..... (.....) ตำแหน่ง...../...../.....
รายการปฏิบัติ ☐ ได้ออกมรณบัตรแล้ว เลขที่..... ☐ ได้จำหน่ายชื่อในทะเบียนบ้าน เลขที่..... ☐ อื่น ๆ	ลงชื่อผู้ปฏิบัติ
ข้าพเจ้าได้รับ ☐ มรณบัตรเลขที่..... ☐ สำเนาทะเบียนบ้านเลขที่..... ☐ อื่น ๆ ลงชื่อ.....ผู้แจ้ง / ผู้รับ (.....)/...../.....	