



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.....			2.3 พักอยู่สถานที่ตายนาน		
3 หลักฐาน การแจ้ง ตาย	2.2 สถานที่ตาย บ้านเลขที่ / หมู่ที่ / ซอย / ถนน / ตำบล / อำเภอ / จังหวัด					
	ปี.....เดือน.....วัน					
	☐ 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		สถานที่			
	☐ เก็บ ☐ ผัง ☐ เผา ☐ อื่น ๆ					

ลงชื่อ.....ผู้แจ้ง
(.....)

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

ได้รับหลักฐานการรับแจ้งการตายแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้แจ้ง
(.....)

ตำแหน่ง.....
 ** กรณีผู้ตายไม่ได้เสียชีวิตที่สถานที่พยาบาล ให้ผู้แจ้งการตายนำใบรับแจ้งการตายไปพบแพทย์
 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)	ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มเป็นโรคจนกระทั่งเสียชีวิต
	a)..... (due to)	
	b)..... (due to)	
	c)..... (due to)	
d)..... (due to)		
(กรณีการตายผิดธรรมชาติ โปรดระบุว่าเป็น SUICIDE, HOMICIDE หรือ ACCIDENT ประเภทใด)		
2. โรคหรือภาวะอื่นที่เป็นต้นเหตุเหตุ.....		
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	ลงชื่อผู้ปฏิบัติ
☐ ได้ออกมรณบัตรแล้ว เลขที่..... ☐ ได้จำหน่ายชื่อในทะเบียนบ้าน เลขที่..... ☐ อื่น ๆ	
ข้าพเจ้าได้รับ ☐ มรณบัตรเลขที่..... ☐ สำเนาทะเบียนบ้านเลขที่..... ☐ อื่น ๆ ลงชื่อ.....ผู้แจ้ง / ผู้รับ (.....)	