



ที่...../.....

ใบรับแจ้งการตาย

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 พักอยู่สถานที่ตายนาน ปี.....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

ตำแหน่ง.....

* กรณีผู้ตายไม่ได้เสียชีวิตที่สถานที่ยาบาล ให้ผู้แจ้งการตายนำไปรับแจ้งการตายไปพบแพทย์หรือสาธารณสุขอำเภอหรือหัวหน้าสถานีอนามัยแล้วแต่กรณี เพื่อให้ลงสาเหตุการตายตามแบบด้านหลังเอกสารนี้ก่อนที่นายทะเบียนผู้รับแจ้งจะออกใบมรณบัตร **

ลงชื่อ.....ผู้แจ้ง
(.....)

หลักฐานการรับแจ้งการตาย

สำนักทะเบียน.....

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

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

ณ สถานที่

ลงชื่อ.....นายทะเบียนผู้รับแจ้ง

(.....)