



หนังสือรับรองการตาย

รหัสสถานพยาบาล.....

สถานพยาบาลที่ออกหนังสือรับรอง.....

ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....

ที่..... / 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		
2 รายการ ตาย	2.1 ตาย วันที่ เวลา น.		2.2 ผู้รักษาก่อนตาย			
	2.3 โรคที่เป็นสาเหตุการตาย (เขียนเป็นภาษาอังกฤษตัวพิมพ์ใหญ่ (CAPITAL LETTER))			ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มเป็นโรคนกระทั่ง เสียชีวิต		
	a) บรรทัดล่างสุด คือสาเหตุการตาย (due to)			เรียงระยะเวลา จากน้อยไปมาก		
b) (due to)					↓	
c) (due to)						
d)						
2.4 โรคหรือภาวะอื่นที่เป็นเหตุหนุน.....						
2.5 โรคหรือภาวะที่ให้เจ้าหน้าที่ทะเบียนราษฎรคัดลอกลงในช่อง "สาเหตุการตาย" ในมรณบัตร <u>เขียนเป็นภาษาไทย ไม่นำไปประมวล</u> (ให้เขียนเพียงโรคหรือภาวะเดียวเท่านั้นโดยเขียนเป็นภาษาไทย).						
2.6 หากผู้เสียชีวิตเป็นสตรี <input type="checkbox"/> ไม่ตั้งครรภ์ <input type="checkbox"/> กำลังตั้งครรภ์..... สัปดาห์ ขณะเสียชีวิต <input type="checkbox"/> เพิ่งสิ้นสุดการตั้งครรภ์ไม่เกิน 6 สัปดาห์ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ						
3 สถานที่ตาย	3.1 ชื่อสถานที่ ที่อยู่			3.2 พักอยู่สถานที่ตายนาน 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 ผู้รับรอง การตาย	5.1 ชื่อตัว - ชื่อสกุล		เลขประจำตัวประชาชน			
	5.2 เป็น <input type="checkbox"/> แพทย์แผนปัจจุบัน <input type="checkbox"/> พยาบาล <input type="checkbox"/> เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ระบุ.....					
หมายเหตุ: สาเหตุการตายที่ระบุในหนังสือรับรองการตายฉบับนี้ ระบุไว้ตามกฎหมายเกณฑ์บัญชี ขอรับรองว่ารายงานข้างต้นถูกต้อง จำแนกโรคระหว่างประเทศ เพื่อรวบรวมข้อมูลทะเบียนราษฎร, ทำสถิติการตาย ของประเทศไทย และใช้ในด้านกรวางแผนป้องกันและแก้ไขปัญหสาธารณสุขเท่านั้น ลงชื่อ ผู้รับรองการตาย จึงอาจแตกต่างจากใบรับรองทางกฎหมายชนิดอื่น (เช่น ใบชันสูตรพลิกศพ) ได้ ()						

ใบรับแจ้งการตายสำหรับเจ้าหน้าที่สำนักทะเบียนที่รับแจ้ง

สำนักทะเบียน.....

ที่..... /

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

1	หลักฐานการแจ้งตาย	<input type="checkbox"/> บัตรประจำตัวของผู้แจ้ง	
		<input type="checkbox"/> หนังสือมอบหมายจากเจ้าบ้าน	
		<input type="checkbox"/> สำเนาทะเบียนบ้านเลขที่	
		<input type="checkbox"/> บัตรประจำตัวของผู้ตาย	
		<input type="checkbox"/> หลักฐานอื่น ๆ	
2	ผู้แจ้งการตาย	2.1 ชื่อตัว - ชื่อสกุล	2.2 เลขประจำตัวประชาชน
		2.3 ที่อยู่.....	2.4 ความเกี่ยวพันเป็น.....
3	ศพ	3.1 จัดการศพโดย <input type="checkbox"/> เก็บ <input type="checkbox"/> ผัง <input type="checkbox"/> เผา <input type="checkbox"/> อื่น ๆ	3.2 สถานที่จัดการศพ

ลงชื่อ.....ผู้แจ้ง
(.....)

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

เสนอ นายทะเบียน..... ตรวจสอบหลักฐานแล้ว ปรากฏว่า..... เห็นควร..... ลงชื่อ..... (.....) ตำแหน่ง...../...../.....	คำสั่งนายทะเบียน ลงชื่อ..... (.....) ตำแหน่ง...../...../.....
---	---

บันทึกการปฏิบัติงาน	ลงชื่อผู้ปฏิบัติ
<input type="checkbox"/> ได้ออกมรณบัตรแล้ว เลขที่..... <input type="checkbox"/> ได้จำหน่ายชื่อในทะเบียนบ้าน เลขที่..... <input type="checkbox"/> อื่น ๆ.....
ข้าพเจ้าได้รับ <input type="checkbox"/> มรณบัตรเลขที่..... <input type="checkbox"/> สำเนาทะเบียนบ้าน เลขที่..... ลงชื่อ.....ผู้รับ (.....)/...../.....	

ได้รับหลักฐานการรับแจ้งตายแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้แจ้ง

คำสั่งการจัดการศพ

เก็บ ผัง เผา อื่น ๆ

หลักฐานการรับแจ้งตาย

สำนักทะเบียน.....

ได้รับแจ้งการตายของ.....

ตามใบรับแจ้งการตายเลขที่...../.....

ลงวันที่.....

ลงชื่อ.....นายทะเบียนผู้รับแจ้ง

(.....)

สถานที่.....

ลงชื่อ.....นายทะเบียนผู้รับแจ้ง

(.....)



ท.ร. 4/1 ตอนที่ 2

หนังสือรับรองการตาย

รหัสสถานพยาบาล.....

สถานพยาบาลที่ออกหนังสือรับรอง.....

ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....

ที่..... / 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		
2 รายการ ตาย	2.1 ตาย วันที่		เวลา	น.	2.2 ผู้รักษาก่อนตาย	
	2.3 โรคที่เป็นสาเหตุการตาย (เขียนเป็นภาษาอังกฤษตัวพิมพ์ใหญ่ (CAPITAL LETTER))				ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มเป็นโรคนจนกระทั่ง เสียชีวิต	
	a) (due to)				
	b) (due to)				
c) (due to)					
d)		
2.4 โรคหรือภาวะอื่นที่เป็นเหตุหนุน.....						
2.5 โรคหรือภาวะที่ให้เจ้าหน้าที่ทะเบียนราษฎรคัดลอกลงในช่อง "สาเหตุการตาย" ในมรณบัตร (ให้เขียนเพียงโรคหรือภาวะเดียวเท่านั้นโดยเขียนเป็นภาษาไทย).....						
2.6 หากผู้เสียชีวิตเป็นสตรี <input type="checkbox"/> ไม่ตั้งครรภ์ <input type="checkbox"/> กำลังตั้งครรภ์..... สัปดาห์ ขณะเสียชีวิต <input type="checkbox"/> เพิ่งสิ้นสุดการตั้งครรภ์ไม่เกิน 6 สัปดาห์ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ						
3 สถานที่ตาย	3.1 ชื่อสถานที่			3.2 พักอยู่สถานที่ตายนาน		
	ที่อยู่			ปี		เดือน
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 ผู้รับรอง การตาย	5.1 ชื่อตัว - ชื่อสกุล		เลขประจำตัวประชาชน			
					
5.2 เป็น <input type="checkbox"/> แพทย์แผนปัจจุบัน <input type="checkbox"/> พยาบาล <input type="checkbox"/> เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ระบุ.....						
หมายเหตุ: สาเหตุการตายที่ระบุในหนังสือรับรองการตายฉบับนี้ ระบุไว้ตามกฎหมายเกณฑ์บัญชี ขอรับรองว่ารายงานข้างต้นถูกต้อง จำแนกโรคระหว่างประเทศ เพื่อรวบรวมข้อมูลทะเบียนราษฎร, ทำสถิติการตาย ลงชื่อ ของประเทศ และใช้ในด้านกรวางแผนป้องกันและแก้ไขปัญหสาธารณสุขเท่านั้น ผู้รับรองการตาย จึงอาจแตกต่างจากใบรับรองทางกฎหมายชนิดอื่น (เช่น ใบชันสูตรพลิกศพ) ได้ ()						