



คู่มือการให้บริการ :

การจำหน่ายศพ (หลังจากได้รับเอกสารครบถ้วนแล้ว) ภายใน 60 นาที และจำหน่ายศพได้ถูกต้อง)

หน่วยงานที่รับผิดชอบ :

กลุ่มงานตรวจศพ

ต้นสังกัดที่รับผิดชอบ :

สถาบันพยาธิวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

ส่วนของการสร้างกระบวนการ	
1. ชื่อกระบวนการ :	การจำหน่ายศพ (หลังจากได้รับเอกสารครบถ้วนแล้ว)ภายใน 60 นาที และจำหน่ายศพได้ถูกต้อง)
2. หน่วยงานที่รับผิดชอบ :	กลุ่มงานตรวจศพ สถาบันพยาธิวิทยา กรมการแพทย์
3. ข้อมูลผู้ใช้งานบริการ	
กลุ่มและจำนวนผู้ใช้บริการ :	โรงพยาบาลราชวิถี สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินีและสถาบันโรคผิวหนัง
	ปริมาณผู้ป่วย/ผู้รับบริการเฉลี่ย 120 รายต่อเดือน

ส่วนของคู่มือการให้บริการ	
4. ชื่องานบริการ : การจำหน่ายศพ (หลังจากได้รับเอกสารครบถ้วนแล้ว)ภายใน 60 นาที และจำหน่ายศพได้ถูกต้อง)	
5. ช่องทางและรูปแบบการให้บริการ :	
5.1 ประเภทช่องทาง : 1.ติดต่อด้วยตนเอง ห้องบริการผู้วายชนม์ อาคาร 2 ชั้น 1 สถาบันพยาธิวิทยา กรมการแพทย์ 2. สถานที่ : สถาบันพยาธิวิทยา กรมการแพทย์ เลขที่ 2/2 ถ.พญาไท แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400 3.รูปแบบการให้บริการ - ด้วยตนเอง 4.โทรศัพท์ : 02 3548208-15 ต่อ 113 5. ไปรษณีย์ : สถาบันพยาธิวิทยา กรมการแพทย์ เลขที่ 2/2 ถ.พญาไท แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400	5.2 วันที่เปิดให้บริการ : <input checked="" type="checkbox"/> วันจันทร์ <input checked="" type="checkbox"/> วันอังคาร <input checked="" type="checkbox"/> วันพุธ <input checked="" type="checkbox"/> วันพฤหัสบดี <input checked="" type="checkbox"/> วันศุกร์ <input checked="" type="checkbox"/> วันเสาร์ <input checked="" type="checkbox"/> วันอาทิตย์ <input checked="" type="checkbox"/> ไม่เว้นวันหยุดราชการ
	5.3 เวลาที่เปิดให้บริการ : <input checked="" type="checkbox"/> บริการตลอด 24 ชั่วโมง <input type="checkbox"/> 08.30-16.30 น. <input type="checkbox"/> พักเที่ยง 12.00-13.00 น. <input type="checkbox"/> 16.30-20.00 น. <input type="checkbox"/> อื่น ๆ
6. หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไขในการขอรับบริการ (ถ้ามี)	
การขอรับบริการการจำหน่ายศพ (หลังจากได้รับเอกสารครบถ้วนแล้ว)ภายใน 60 นาที และจำหน่ายศพได้ถูกต้อง) 1. หนังสือรับรองการตาย จำนวน 1 ฉบับ 2. สำเนาบัตรประชาชนผู้เสียชีวิต จำนวน 2 ฉบับ 3. สำเนาบัตรประชาชนผู้มาติดต่อรับศพ จำนวน 1 ฉบับ	



กรมการแพทย์
DEPARTMENT OF MEDICAL SERVICES

4. หนังสือมอบอำนาจประสานเรื่องการจัดทำใบมรณบัตร จำนวน 1 ฉบับ

7. ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ

ที่	ขั้นตอน	รายละเอียดของ ขั้นตอนการบริการ	ระยะเวลา ให้การ ให้บริการ	หน่วย เวลา	ส่วนงาน/ หน่วยงาน ที่รับผิดชอบ	หมายเหตุ
การจำหน่ายศพ (หลังจากได้รับเอกสารครบถ้วนแล้ว)ภายใน 60 นาที และจำหน่ายศพได้ถูกต้อง)						
1.	การลงทะเบียน	เจ้าหน้าที่กลุ่มงานตรวจศพตรวจสอบ ความถูกต้องระหว่างเอกสารหนังสือ รับรองการตายกับป้ายชื่อมื่อศพ เมื่อ ถูกต้องทำการลงทะเบียนลงสมุด บันทึก และลงทะเบียนในฐานข้อมูล ระบบ web based โรงพยาบาลราช วิถี	3	นาที/ ราย	กลุ่มงาน ตรวจศพ	
2.	การดำเนินการจัดทำใบ มรณบัตร	ผู้รับบริการต้องนำเอกสาร เช่น สำเนา บัตรประชาชนผู้เสียชีวิต 2 ฉบับ สำเนาบัตรประชาชนญาติผู้มาติดต่อ รับศพ 1ฉบับ เจ้าหน้าที่ห้องศพ ตรวจสอบความถูกต้อง แล้ว นำ เอกสารดังกล่าว พร้อมด้วยหนังสือ รับรองการตาย และใบมอบอำนาจ ไป ประสานจัดทำใบมรณบัตรที่สำนักงาน เขตฯ	ระยะเวลา ที่ เจ้าหน้าที่ ตรวจสอบ เอกสาร และจัด ชุด เอกสาร 5 นาที	นาที/ ราย	กลุ่มงาน ตรวจศพ และ สำนักงาน เขตราชเทวี	
3.	การจัดการศพ ฉีดยา อาบน้ำ	เจ้าหน้าที่ทำการฉีดยารักษาสภาพศพ อาบน้ำ แต่งตัว	45	นาที/ ราย	กลุ่มงาน ตรวจศพ	
4.	การจำหน่ายศพ	เจ้าหน้าที่เรียกญาติมาตรวจสอบศพว่า ถูกต้องหรือไม่ และจัดทำพิธีเชิญ วิญญาณ	5	นาที/ ราย	กลุ่มงาน ตรวจศพ	
5.	การชำระเงิน	ญาติติดต่อชำระค่าบริการ ณ ห้อง บริการผู้วายชนม์	5	นาที/ ราย	กลุ่มงาน ตรวจศพ	



กรมการแพทย์
DEPARTMENT OF MEDICAL SERVICES

ระยะเวลาดำเนินการรวม : 58 นาที				
--------------------------------	--	--	--	--

8. งานบริการนี้ ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน และระยะเวลาปฏิบัติราชการมาแล้ว
<input checked="" type="checkbox"/> ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน และระยะเวลาปฏิบัติราชการมาแล้ว (หากผ่านการลดขั้นตอนและระยะเวลามาแล้วให้เลือกที่ช่องนี้ด้วย)

9. รายการเอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอ
-

10. ค่าบริการ	
รายละเอียดค่าบริการ :	ค่าบริการฉีดยารักษาสภาพศพ ผู้ใหญ่ 500 บาท ค่าบริการฉีดยารักษาสภาพศพ เด็ก 300 บาท ค่าบริการประสานเขตราชเทวีเพื่อจัดทำใบมรณบัตร 200 บาท

11. ช่องทางการร้องเรียน	
1.	เว็บไซต์ : www.iop.or.th
2.	ตู้ร้องเรียนของสถาบันพยาธิวิทยา อาคาร 2 ชั้น 1
3.	ทางไปรษณีย์ เลขที่ 2/2 ถนนพญาไท แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพฯ ๑ 10400
4.	เข้าพบผู้อำนวยการ อาคาร 2 ชั้น 2
5.	ทางโทรศัพท์ เบอร์โทร 0 2354 8208-15 ต่อ 223

12. แบบฟอร์ม	
ชื่อเอกสาร :	หนังสือรับรองการตาย หนังสือมอบอำนาจ
ขอรับเอกสาร :	ติดต่อได้ที่กลุ่มงานตรวจศพ

14. หมายเหตุ	
การจัดทำใบมรณบัตร เป็นหน้าที่ของสำนักงานเขตราชเทวีเป็นผู้จัดทำ ทางกลุ่มงานตรวจศพเพียงแต่เป็นผู้	



กรมการแพทย์
DEPARTMENT OF MEDICAL SERVICES

ประสานงานให้ ^{ผู้}ตั้งนั้นระยะเวลาในการจัดทำอาจมีการล่าช้าได้

ข้อตกลงระดับการให้บริการ

งานที่ให้บริการ	การจำหน่ายศพ (หลังจากได้รับเอกสารครบถ้วนแล้ว) ภายใน 60 นาที และจำหน่ายศพได้ถูกต้อง
หน่วยงานที่รับผิดชอบ	กลุ่มงานตรวจศพ สถาบันพยาธิวิทยา กรมการแพทย์

ขอบเขตการให้บริการ

สถานที่ / ช่องทางการให้บริการ	ระยะเวลาเปิดให้บริการ
ประสานงานกับสถาบันพยาธิวิทยา ที่อยู่: 2/2 ถนนพญาไท แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400 โทรศัพท์: 02-3548205-15 ต่อ 113	เปิดให้บริการทุกวัน บริการตลอด 24 ชั่วโมง

ข้อกำหนดการให้บริการ

เอกสารหรือหลักฐานที่ต้องใช้

- หนังสือรับรองการตาย จำนวน 1 ฉบับ
- สำเนาบัตรประชาชนผู้เสียชีวิต จำนวน 2 ฉบับ
- สำเนาบัตรประชาชนผู้มาติดต่อรับศพ จำนวน 1 ฉบับ
- หนังสือมอบอำนาจประสานเรื่องการจัดทำใบมรณบัตร จำนวน 1 ฉบับ

ค่าบริการตรวจ

- ค่าบริการฉีดยารักษาสภาพศพ ผู้ใหญ่ 500 บาท
ค่าบริการฉีดยารักษาสภาพศพ เด็ก 300 บาท
ค่าบริการประสานเขตราชเทวีเพื่อจัดทำใบมรณบัตร 200 บาท

ระดับการให้บริการ

ระยะเวลา

สามารถจำหน่ายศพ (หลังจากได้รับเอกสารครบถ้วนแล้ว) ภายใน 60 นาที และจำหน่ายศพได้ถูกต้อง

คุณภาพ

- เพื่อให้ญาติที่มาติดต่อ ทราบระยะเวลาที่รอรับบริการในการจัดการทั้งศพและเอกสาร
- เพื่อให้มีการทราบระยะเวลาในการจำหน่ายศพ สามารถจำหน่ายศพได้อย่างถูกต้อง และช่วยให้ญาติสามารถวางแผนในการจัดการศพได้ง่ายยิ่งขึ้น

ขั้นตอนการให้บริการ

ขั้นตอน	หน่วยงานผู้รับผิดชอบ
การติดต่อขอรับศพ	
1. ระบบการลงทะเบียนศพ	กลุ่มงานตรวจศพ
2. การดำเนินการจัดทำใบมรณบัตร	กลุ่มงานตรวจศพ และ สำนักงานเขตราชเทวี
3. การจัดการศพ อาบน้ำ ฉีดยา จัดทำพิธี	กลุ่มงานตรวจศพ
4. การจำหน่ายศพ	กลุ่มงานตรวจศพ
5. การชำระค่าบริการ	กลุ่มงานตรวจศพ

การรับเรื่องร้องเรียน

ถ้าการให้บริการไม่เป็นไปตามข้อตกลงที่ระบุไว้ข้างต้นสามารถติดต่อเพื่อร้องเรียนได้ที่

- 1.เว็บไซต์: www.iop.or.th
- 2.ตู้ร้องเรียนของสถาบันพยาธิวิทยา อาคาร 2 ชั้น 1
- 3.ทางไปรษณีย์ เลขที่ 2/2 ถนนพญาไท แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400
- 4.เข้าพบผู้อำนวยการ อาคาร 2 ชั้น 2
- 5.ทางโทรศัพท์ เบอร์โทร 0 2354 8208-15 ต่อ 113

แบบฟอร์ม ขอรับบริการหัตถการต่าง ๆ
งานชั้นสูติศตพ กลุ่มงานพยาธิวิทยา
โรงพยาบาลราชวิถี (Rajavithi Hospital)

วันที่ เดือน พ.ศ.

ชื่อผู้ตาย นามสกุล อายุ ปี หอผู้ป่วยที่เสียชีวิต

มีความประสงค์ขอรับบริการ

- | | | | |
|-------------------------------|--|--|---|
| 1. ฉีดยาเพื่อรักษาพยาธิสภาพศพ | <input type="checkbox"/> มีความประสงค์ขอฉีด | <input type="checkbox"/> ไม่ฉีดยาศพ | |
| 2. อาบน้ำ-สระผม | <input type="checkbox"/> มีความประสงค์ขอทำ | <input type="checkbox"/> ไม่ขอทำ | |
| 3. เปลี่ยนเสื้อผ้า | <input type="checkbox"/> มีความประสงค์ขอเปลี่ยน | <input type="checkbox"/> ไม่มีความประสงค์ขอเปลี่ยน | |
| 4. แต่งหน้าศพ | <input type="checkbox"/> มีความประสงค์ขอแต่ง | <input type="checkbox"/> ไม่ขอแต่งหน้าศพ | |
| 5. แจ้งใบมรณบัตร | <input type="checkbox"/> มีความประสงค์ขอแจ้ง | <input type="checkbox"/> ไม่ขอแจ้ง | |
| 6. รถบรรทุกศพ | <input type="checkbox"/> มีความประสงค์ขอให้รถ | <input type="checkbox"/> ไม่ขอให้รถ | } <input type="checkbox"/> ร.พ. ประสานให้
<input type="checkbox"/> ญาติติดต่อเอง |
| 7. หีบบรรจุศพ | <input type="checkbox"/> มีความประสงค์ขอให้บรรจุศพ | <input type="checkbox"/> ไม่ขอให้บรรจุศพ | |
| 8. พิธีรดน้ำศพ | <input type="checkbox"/> มีความประสงค์ขอรดน้ำศพ | <input type="checkbox"/> ไม่ขอรดน้ำศพ | |
| 9. อื่นๆ..... | | | |

ลงชื่อ ผู้ยื่นคำร้องขอรับบริการ
 (.....)

เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน

ผู้ฉีดยาศพ ชื่อ สกุล

ผู้ช่วยฉีดยาศพ ชื่อ สกุล

ผู้อาบน้ำ - สระผม ชื่อ สกุล

เปลี่ยนเสื้อผ้า ชื่อ สกุล

แต่งหน้าศพ ชื่อ สกุล

ผู้แจ้งใบมรณบัตร ชื่อ สกุล

ชื่อ - สกุล เจ้าหน้าที่ห้องศพ
 เวลา น. ผู้รับเรื่อง

แบบฟอร์มขอรับศพ กลุ่มงานพยาธิวิทยา งานชันสูตรศพ
โรงพยาบาลราชวิถี (Rajavithi Hospital)



วันที่ เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้าชื่อนามสกุล (ผู้ขอรับศพ)

ซึ่งเกี่ยวข้องกับของผู้เสียชีวิตชื่อ นามสกุล

อายุ.....ปี HN.....AN..... และเป็นผู้มีสิทธิตามกฎหมายจัดการศพ
ขออนุญาตรับศพ

ลงชื่อ ผู้มีสิทธิขอรับศพ

ตรวจสอบค่ารักษาพยาบาลเรียบร้อยแล้ว ลงชื่อ พยาบาลหรือหัวหน้าตึก

ตรวจสอบสิทธิ ญาติเรียบร้อยแล้ว ลงชื่อ เจ้าหน้าที่งานชันสูตรศพ
(ผู้อนุญาตจ่ายศพ)

หมายเหตุ แบบฟอร์มนี้มี 2 ตอน ให้เก็บไว้ที่ตึกผู้ป่วย 1 ใบ ส่งมาที่งานชันสูตรศพ 1 ใบ เจ้าหน้าที่งานชันสูตรศพ
จะจ่ายศพให้ต่อเมื่อมีลายเซ็นอนุมัติของ พยาบาลหรือหัวหน้าตึกเท่านั้น

ตอน 1

แบบฟอร์มขอรับศพ กลุ่มงานพยาธิวิทยา งานชันสูตรศพ
โรงพยาบาลราชวิถี (Rajavithi Hospital)



วันที่ เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้าชื่อนามสกุล (ผู้ขอรับศพ)

ซึ่งเกี่ยวข้องกับของผู้เสียชีวิตชื่อ นามสกุล

อายุ.....ปี HN.....AN..... และเป็นผู้มีสิทธิตามกฎหมายจัดการศพ
ขออนุญาตรับศพ

ลงชื่อ ผู้มีสิทธิขอรับศพ

ตรวจสอบค่ารักษาพยาบาลเรียบร้อยแล้ว ลงชื่อ พยาบาลหรือหัวหน้าตึก

ตรวจสอบสิทธิ ญาติเรียบร้อยแล้ว ลงชื่อ เจ้าหน้าที่งานชันสูตรศพ
(ผู้อนุญาตจ่ายศพ)

หมายเหตุ แบบฟอร์มนี้มี 2 ตอน ให้เก็บไว้ที่ตึกผู้ป่วย 1 ใบ ส่งมาที่งานชันสูตรศพ 1 ใบ เจ้าหน้าที่งานชันสูตรศพ
จะจ่ายศพให้ต่อเมื่อมีลายเซ็นอนุมัติของ พยาบาลหรือหัวหน้าตึกเท่านั้น

ตอน 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))				ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มเป็นโรคจนกระทั่ง เสียชีวิต
	a) (due to)				
	b) (due to)				
c) (due to)					
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 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
จำแนกโรคระหว่างประเทศ เพื่อรวบรวมข้อมูลทะเบียนราษฎร, ทำสถิติการตาย
ของประเทศ และใช้ในด้านกรวางแผนป้องกันและแก้ไขปัญหาสาธารณสุขเท่านั้น ลงชื่อ
จึงอาจแตกต่างจากใบรับรองทางกฎหมายชนิดอื่น (เช่น ใบชันสูตรพลิกศพ) ได้ (ผู้รับรองการตาย)

ใบรับแจ้งการตายสำหรับเจ้าหน้าที่สำนักทะเบียนที่รับแจ้ง

สำนักทะเบียน.....

ที่..... /

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

1	หลักฐาน	<input type="checkbox"/> บัตรประจำตัวของผู้แจ้ง <input type="checkbox"/> หนังสือมอบหมายจากเจ้าบ้าน <input type="checkbox"/> สำเนาทะเบียนบ้านเลขที่ <input type="checkbox"/> บัตรประจำตัวของผู้ตาย <input type="checkbox"/> หลักฐานอื่น ๆ	
2	ผู้แจ้ง	2.1 ชื่อตัว - ชื่อสกุล	2.2 เลขประจำตัวประชาชน
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
		2.3 ที่อยู่.....	2.4 ความเกี่ยวพันเป็น.....

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

คำสั่งจัดการศพ

เก็บ ผัง เผา อื่น ๆ

หลักฐานการรับแจ้งตาย

สำนักทะเบียน.....

ได้รับแจ้งการตายของ.....

ตามใบรับแจ้งการตายเลขที่...../.....

ลงวันที่.....

ลงชื่อ.....นายทะเบียนผู้รับแจ้ง

สถานที่.....

ลงชื่อ.....นายทะเบียนผู้รับแจ้ง

(.....)

(.....)



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))			ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มเป็นโรคจนกระทั่ง 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			
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 ของประเทศ และใช้ในด้านกรวางแผนป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดเท่านั้น ลงชื่อ ผู้รับรองการตาย จึงอาจแตกต่างจากใบรับรองทางกฎหมายชนิดอื่น (เช่น ใบชันสูตรพลิกศพ) ได้ ()				

