



प्रपत्र सं. 2  
मृत्यु सूचना/  
मृत्यु रजिस्टर  
विधिक सूचनाएं  
यह भाग मृत्यु पंजिका में जुड़ेगा



बुक क्र./2014/.....  
फार्म क्र.-2/फार्म क्र.-8

क्र. ....

8187

(सूचना देने वाले द्वारा भरा जाएगा)

- मृत्यु की तिथि : .....  
(मृत्यु का सही दिन, माह एवं वर्ष अंकित करें जैसे 1-1-2000)
- मृतक का नाम : .....  
(पूर्ण जैसे सामान्यतः लिखा जाता है)
- मृतक का लिंग: .....  
(पुरुष या महिला अंकित करें, संक्षिप्त में नहीं)
- माता का नाम : .....
- पिता का नाम : .....
- अ पति/पत्नी का नाम : .....
- मृतक की आयु : .....  
(यदि मृतक की आयु 1 वर्ष से अधिक हो तो आयु पूर्ण वर्षों में दें, यदि मृतक की आयु 1 वर्ष से कम हो तो पूर्ण महिनो में दे एवं यदि आयु 1 माह से कम हो तो पूर्ण दिनों में दें तथा यदि आयु 1 दिन से कम हो तो पूर्ण घंटो में दें)
- मृत्यु के समय मृतक का पता : .....
- मृतक का स्थायी पता: .....
- मृत्यु का स्थान: (1 अथवा 2 पर सही का निशान लगाएं तथा अस्पताल/संस्थान का नाम/पता एवं जहां मृत्यु हुई हो उस घर का पता)  
1. अस्पताल/संस्था, नाम:.....  
2. घर, पता.....  
3. अन्य स्थान:.....
- सूचनादाता का नाम: .....  
पता: .....  
(जब स्तम्भ 1 से 21 तक पूरे भर जाएं तब सूचना देने वाला यहां हस्ताक्षर करेगा व तारीख भरेगा)

दिनांक: सूचना देने वाले के हस्ताक्षर या बाएं हाथ के अंगूठे का निशान

रजिस्ट्रार द्वारा भरा जाना है  
पंजीकरण संख्या: ..... पंजीकरण दिनांक:.....  
पंजीकरण इकाई: .....  
शहर/ग्राम: ..... जिला:.....  
(टिप्पणी यदि कोई हो)

रजिस्ट्रार का नाम व मोहर सहित हस्ताक्षर



प्रपत्र सं. 2  
(नियम 5 देखें)  
मृत्यु सूचना प्रपत्र  
सांख्यिकी सूचनाएं



बुक क्र./2014/.....  
फार्म क्र.-2

क्र. ....

8187

(इसे अलग करके सांख्यिकी प्रसंस्करण के लिए भेजा जाए)

(सूचना देने वाले द्वारा भरा जाएगा)

- ग्राम या शहर, जहां मृतक का निवास हो  
(मृतक जहां सामान्यतः रहता हो, क्योंकि मृत्यु की जगह भिन्न हो सकती है, वहां का पते की प्रविष्टि आवश्यक नहीं)  
क. शहर/ग्राम का नाम: .....  
ख. क्या शहर है अथवा ग्राम है (सही का निशान लगाएं)  
1. शहर 2. ग्राम  
ग. जिले का नाम : .....
- राज्य का नाम:.....
- धर्म (सही का निशान लगाएं)  
1. हिन्दू 2. मुस्लिम 3. इसाई  
4. अन्य धर्म: .....  
(धर्म का नाम लिखें)
- मृतक का व्यवसाय: .....  
(यदि कोई व्यवसाय नहीं हो तो शून्य लिखें)
- मृत्यु से पूर्व प्राप्त चिकित्सा का प्रकार:  
(सही का निशान लगाएं)  
1. संस्थागत  
2. संस्थागत के अलावा अन्य चिकित्सा  
3. कोई चिकित्सा प्राप्त नहीं की

(सूचना देने वाले द्वारा भरा जाएगा)

- क्या मृत्यु का कारण चिकित्सीय रूप से प्रमाणित किया गया: (सही का निशान लगाएं)  
1. हाँ 2. नहीं
- बीमारी का नाम या मृत्यु का वास्तविक कारण:  
(सभी मृत्यु के लिए चाहे चिकित्सीय रूप से प्रमाणित हो अथवा नहीं)
- स्त्री मृत्यु की दशा में क्या मृत्यु गर्भावस्था में, प्रसूति के समय या गर्भावस्था के समाप्त होने के बाद 6 सप्ताह के भीतर हुई:  
(सही निशान लगाएं)  
1. हाँ 2. नहीं
- यदि घृष्टपान का आदी था तो कितने वर्षों से:.....
- यदि किसी भी रूप में तम्बाकू चबाने का आदी था तो कितने वर्षों से:.....
- यदि सुपारी (पान मसाला को सम्मिलित करते हुए) चबाने का आदी था तो कितने वर्षों से:.....
- यदि एल्कोहल पीने का आदी था तो कितने वर्षों से:-  
(भरने वाले स्तम्भ समाप्त हो गए हैं कृपया बाईं ओर हस्ताक्षर करें)

सूचनादाता के हस्ताक्षर

रजिस्ट्रार द्वारा भरा जाना है

नाम:..... कोड संख्या:.....  
जिला:.....  
तहसील: .....  
शहर/ग्राम:.....  
पंजीकरण इकाई:.....

रजिस्ट्रार द्वारा भरा जाना है

पंजीकरण संख्या:..... पंजीकरण दिनांक:.....  
मृत्यु की तिथि:..... लिंग: 1. पुरुष 2. महिला  
आयु: ..... (वर्ष/माह/दिन/घंटे)  
मृत्यु का स्थान: 1. अस्पताल/संस्था, 2. घर, 3. अन्य स्थान

रजिस्ट्रार का नाम व मोहर सहित हस्ताक्षर



मृत्यु सूचना  
(प्रतिपण जानकारी)



बुक क्र./2014/.....  
फार्म क्र.-2

क्र. ....

8187

(सूचना देने वाले द्वारा भरा जाएगा)

- मृत्यु दिनांक .....
- लिंग (✓ का निशान लगावें)  
(अ) पुरुष (ब) महिला
- मृतक का नाम व पता .....
- मृत्यु का स्थान .....
- सूचनादाता का नाम व पता .....
- सूचना दिनांक .....

सूचना प्राप्तकर्ता के हस्ताक्षर व दिनांक.....