

मृत जन्म रिपोर्ट प्ररूप
(नियम 5 देखिये)

प्ररूप क्रमांक-3 मृत जन्म रिपोर्ट प्ररूप
(विधिक जानकारी)

(सांख्यिकीय जानकारी)

प्ररूप क्रमांक 3

(सूचनादाता द्वारा भरा जाएगा)	(सूचनादाता द्वारा भरा जाएगा)
1. जन्म दिनांक.....	7. माता के सामान्य निवास स्थान :
2. लिंग – पुरुष/स्त्री	(अ) स्थान का नाम
3. बालक के पिता का नाम..... एवं पता	(ब) निवास नगर है या ग्राम है ? (निम्न समुचित प्रविष्टि पर का निशान लगाएं) 1. नगर 2. ग्राम
4. माता का नाम	(स) जिले का नाम
5. जन्म स्थान (निम्न समुचित प्रविष्टि पर का निशान लगाएं) (1) अस्पताल / संस्था में नाम.....	(द) राज्य का नाम
(2) घर में पता	8. इस जन्म के समय माता की आयु (पूर्ण वर्षों में)
6. सूचनादाता का नाम व पता.....	9. माता की शिक्षा का स्तर
	(पूर्ण किए गए शैक्षणिक स्तर को प्रविष्टि करें)
	10. प्रसूति के समय परिचर्या (निम्न समुचित प्रविष्टि पर का निशान लगाएं) 1. संस्थागत – शासकीय 2. संस्थागत – निजी या अशासकीय 3. डॉक्टर, नर्स या प्रशिक्षित दाई 4. पारम्परिक जन्म परिचारक (दाई) 5. नातेदार या अन्य
	11. गर्भावस्था की कुल अवधि (सप्ताहों में)
	12. मृत जन्म का कारण (यदि ज्ञात हो)
दिनांक सूचनादाता के हस्ताक्षर/अंगूठे का निशान	

रजिस्ट्रार द्वारा भरा जाए

रजिस्ट्रार द्वारा भरा जाए

रजिस्ट्रीकरण क्रमांक

रजिस्ट्रीकरण दिनांक

रजिस्ट्रीकरण इकाई

नगर/ग्राम

जिला

टिप्पणी (यदि कोई हो).....

नाम	कोड क्रमांक
जिला
तहसील
नगर/ग्राम
रजिस्ट्रीकरण इकाई

रजिस्ट्रीकरण क्रमांक

रजिस्ट्रीकरण दिनांक

जन्म दिनांक

लिंग : 1. पुरुष 2. स्त्री

जन्म का स्थान : 1. अस्पताल/संस्था 2. घर

रजिस्ट्रार का नाम व हस्ताक्षर
एवं सील

रजिस्ट्रार का नाम व हस्ताक्षर
एवं सील

प्ररूप क्रमांक 4
(नियम 7 देखिए)

मृत्यु के कारणों का चिकित्सीय प्रमाण-पत्र
[अस्पताल के रोगियों हेतु । मृत जन्म के लिये उपयोग न करें ।]
प्ररूप क्रमांक 2 (मृत्यु रिपोर्ट) के साथ रजिस्ट्रार को भेजने के लिये

अस्पताल का नाम

मैं, एतद् द्वारा, यह प्रमाणित करता हूँ कि व्यक्ति जिसके ब्यौरे नीचे दिये गये हैं, की मृत्यु अस्पताल के वार्ड क्रमांक में दिनांक समय पूर्वाह्न/अपराह्न को हुई ।

मृतक का नाम

लिंग	मृत्यु के समय आयु				सांख्यिकी कार्यालय के उपयोग हेतु
	यदि एक वर्ष या अधिक हो तो आयु वर्षों में	यदि एक वर्ष से कम आयु हो तो आयु मास में	यदि एक मास से कम आयु हो तो आयु दिनों में	यदि एक दिन से कम आयु हो तो आयु घंटों में	
1. पुरुष 2. स्त्री					
<p>मृत्यु का कारण</p> <p>I. तात्कालिक कारण रोग, चोट या व्याधी का नाम जिसके कारण मृत्यु हुई कथन करें । मृत्यु का प्रकार जैसे कि हृदय गति बंद होने, अस्थेनियां इत्यादि का कथन नहीं करें ।</p> <p style="text-align: right;">(क) के कारण (या के परिणामस्वरूप)</p> <p>पूर्ववर्ती कारण पूर्व विकृत स्थितियां, यदि कोई हों, जो उपरोक्त कारण बनने में सहयोगी रही हों, अन्त में अन्तर्निहित स्थिति का कथन करें ।</p> <p style="text-align: right;">(ख) के कारण (या के परिणामस्वरूप)</p> <p style="text-align: right;">(ग)</p> <p>II. अन्य महत्वपूर्ण स्थितियों जो मृत्यु की सहयोगी हों परन्तु जिनका रोग या रोग उत्पन्न करने वाली स्थितियों से कोई संबंध न हो ।</p>					<p>रोग का प्रकोप होने और मृत्यु होने के बीच के अंतराल की अनुमानित अवधि</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

मृत्यु का प्रकार	चोट कैसे लगी ?
1. प्राकृतिक 2. दुर्घटना 3. आत्महत्या 4. मानव वध 5. अन्वेषण लंबित	
यदि महिला थी, तो क्या गर्भावस्था थी ? मृत्यु उससे सम्बन्धित थी, 1. हाँ 2. नहीं	
यदि हाँ, तो क्या प्रसव हुआ ? 1. हाँ 2. नहीं	

सत्यापन का दिनांक

मृत्यु का कारण प्रमाणित करने वाले
चिकित्सीय परिचारक का नाम एवं हस्ताक्षर

(पृथक किया जाए तथा मृतक के नातेदार को सौंपे)

प्रमाणित किया जाता है कि श्री/श्रीमती/कुमारी
आत्मज/पत्नी/पुत्री श्री
निवासी दिनांक को इस
अस्पताल में भर्ती हुए और दिनांक को मृत्यु हुई ।

चिकित्सक

.....
(चिकित्सा अधीक्षक
अस्पताल का नाम)

प्ररूप क्रमांक 4 क
(नियम 7 देखिए)

मृत्यु के कारणों का चिकित्सीय प्रमाण-पत्र
[गैर संस्थागत मृत्युओं के लिये । मृत जन्म के लिये उपयोग न किया जाए ।]
प्ररूप क्रमांक 2 (मृत्यु रिपोर्ट) के साथ रजिस्ट्रार को भेजने के लिये

मैं, एतद् द्वारा, यह प्रमाणित करता हूँ कि मृतक श्री/श्रीमती/कुमार
आत्मज/पत्नी/पुत्री श्री निवासी
दिनांक से तक मेरी चिकित्सा में था/थी और उनकी मृत्यु
दिनांक बजे(पूर्वान्ह/अपरान्ह) को हुई ।

मृतक का नाम

लिंग	मृत्यु के समय आयु				सांख्यिकी कार्यालय के उपयोग हेतु
	आयु यदि पूर्ण वर्षों में	यदि एक वर्ष से कम आयु हो तो आयु पूर्ण मासों में	यदि एक मास से कम आयु हो तो आयु पूर्ण दिनों में	यदि एक दिन से कम हो तो आयु पूर्ण घंटों में	
3. पुरुष 4. स्त्री					
<p>मृत्यु का कारण</p> <p>I. तात्कालिक कारण रोग, चोट या व्याधी का नाम जिसके कारण मृत्यु हुई कथन करें । मृत्यु का प्रकार जैसे कि हृदय गति बंद होने, अस्थिनियां इत्यादि का कथन नहीं करें ।</p> <p style="text-align: right;">(क) के कारण (या के परिणामस्वरूप)</p> <p>पूर्ववर्ती कारण विकृत स्थितियां, यदि कोई हों, जो उपरोक्त कारण में सहयोगी रही हों, अन्त में अन्तर्निहित अंतिम स्थिति का कथन करें ।</p> <p style="text-align: right;">(ख) के कारण (या के परिणामस्वरूप)</p> <p style="text-align: right;">(ग)</p> <p>II. अन्य महत्वपूर्ण स्थितियाँ जो मृत्यु की सहयोगी हों परन्तु जिनका रोग या रोग उत्पन्न करने वाली स्थितियों से कोई संबंध न हो ।</p>					<p>रोग का प्रकोप होने और मृत्यु होने के बीच के अंतराल की अनुमानित अवधि</p>

यदि मृतक महिला थी, तो क्या गर्भावस्था थी ? मृत्यु उससे सम्बन्धित थी, 1. हाँ 2. नहीं

यदि हाँ, तो क्या प्रसव हुआ ? 1. हाँ 2. नहीं

प्रमाणीकरण का दिनांक

मृत्यु का कारण प्रमाणित करने वाले
चिकित्सीय परिचारक का नाम एवं हस्ताक्षर

(पृथक किया जाए तथा मृतक के नातेदार को सौंपे)

प्रमाणित किया जाता है कि श्री/श्रीमती/कुमारी

आत्मज/पत्नी/पुत्री श्री

निवासी दिनांक से तक मेरी
चिकित्सा में थे/थी और उनकी मृत्यु दिनांक को बजे पूर्वान्ह/अपरान्ह में
हुई ।

चिकित्सक

.....
(चिकित्सक का पता एवं हस्ताक्षर
रजिस्ट्रीकरण क्रमांक सहित)

प्ररूप क्रमांक 5
(नियम-8 देखिए)

जन्म प्रमाण पत्र
(धारा 12/17 के अधीन जारी किया गया)

यह प्रमाणित किया जाता है कि निम्नलिखित जानकारी मूल जन्म अभिलेख से जो
(रजिस्ट्रीकरण इकाई का नाम) (स्थानीय क्षेत्र), तहसील,
जिला राज्य के रजिस्टर से ली
गई है :

नाम

लिंग

जन्म दिनांक

जन्म स्थान

पिता का नाम

माता का नाम

रजिस्ट्रीकरण क्रमांक

रजिस्ट्रीकरण दिनांक

दिनांक

जारी करने वाले प्राधिकारी के हस्ताक्षर
सील

प्ररूप क्रमांक 6
(नियम-8 देखिए)

मृत्यु प्रमाण पत्र
(धारा 12/17 के अधीन जारी किया गया)

यह प्रमाणित किया जाता है कि निम्नलिखित जानकारी मूल मृत्यु अभिलेख से जो
(रजिस्ट्रीकरण इकाई का नाम) (स्थानीय क्षेत्र),
तहसील, जिला राज्य
के रजिस्टर से ली गई है :

नाम

पिता का नाम

लिंग

मृत्यु दिनांक

मृत्यु स्थान

रजिस्ट्रीकरण क्रमांक

रजिस्ट्रीकरण दिनांक

दिनांक

जारी करने वाले प्राधिकारी के हस्ताक्षर
सील

टीप रजिस्टर के अंकित मृत्यु के कारण का विवरण नहीं दिया जाय (धारा 17 (1) का परन्तुक
देखें)

प्ररूप क्रमांक 7
(नियम 12 देखिए)

जन्म रजिस्टर
प्ररूप क्रमांक – 1 जन्म रिपोर्ट
(विधिक जानकारी)
(सूचनादाता द्वारा भरा जाए)

1. जन्म दिनांक
2. लिंग – पुरुष / स्त्री
3. बालक का नाम
- (यदि कोई हो)
4. पिता का नाम
- एवं पता
5. माता का नाम
6. जन्म स्थान (निम्न समुचित प्रविष्टि पर का निशान लगाएं)
- (1) अस्पताल / संस्था में
नाम
- (2) घर में
पता
-
7. सूचनादाता का नाम व पता
-

दिनांक

सूचनादाता के हस्ताक्षर/अंगूठे का निशान

रजिस्ट्रार द्वारा भरा जाए

रजिस्ट्रीकरण क्रमांक

रजिस्ट्रीकरण दिनांक

रजिस्ट्रीकरण इकाई

नगर/ग्राम

जिला

टिप्पणियाँ

रजिस्ट्रार का नाम व हस्ताक्षर
एवं सील

प्ररूप क्रमांक 8
(नियम 12 देखिए)

मृत्यु रजिस्टर
प्ररूप क्रमांक – 2 मृत्यु रिपोर्ट
(विधिक जानकारी)
(सूचनादाता द्वारा भरा जाए)

1. मृत्यु दिनांक
2. मृतक का नाम
- एवं पूर्ण पता
3. मृतक का लिंग – पुरुष / स्त्री
4. मृतक की आयु
- (यदि मृतक की आयु 1 वर्ष से अधिक हो तो पूर्ण किये गए वर्ष, यदि मृतक की आयु 1 वर्ष से कम थी तो आयु मास में तथा यदि 1 मास से कम था तो पूर्ण दिनों की संख्या और यदि एक दिन से कम हो तो घंटे)
- 4(क) मृतक के पिता / पति का नाम
5. मृत्यु का स्थान (निम्न समुचित प्रविष्टि पर का निशान लगाएं)
 - (1) अस्पताल / संस्था में
नाम
 - (2) घर में
पता
 - (3) अन्य स्थान पर
6. सूचनादाता का नाम व पता

दिनांक

सूचनादाता के हस्ताक्षर/अंगूठे का निशान

रजिस्ट्रार द्वारा भरा जाए

- रजिस्ट्रीकरण क्रमांक
- रजिस्ट्रीकरण दिनांक
- रजिस्ट्रीकरण इकाई
- नगर/ग्राम
- जिला
- टिप्पणियाँ

रजिस्ट्रार का नाम व हस्ताक्षर
एवं सील

प्ररूप क्रमांक 9
(नियम 12 देखिए)

मृत जन्म रजिस्टर
प्ररूप क्रमांक – 3 मृत जन्म रिपोर्ट
(विधिक जानकारी)
(सूचनादाता द्वारा भरा जाए)

1. जन्म दिनांक
2. लिंग – पुरुष / स्त्री
3. बालक के पिता का नाम
- एवं पूर्ण पता
4. माता का नाम
5. जन्म का स्थान (निम्न समुचित प्रविष्टि पर का निशान लगाएं)
(1) अस्पताल / संस्था में
नाम
- (2) घर में
पता
6. सूचनादाता का नाम व पता
-
-

दिनांक सूचनादाता के हस्ताक्षर/अंगूठे का निशान

रजिस्ट्रार द्वारा भरा जाए

- रजिस्ट्रीकरण क्रमांक
- रजिस्ट्रीकरण दिनांक
- रजिस्ट्रीकरण इकाई
- नगर/ग्राम
- जिला
- टिप्पणियाँ (यदि कोई हो).....

रजिस्ट्रार का नाम व हस्ताक्षर
एवं सील

प्ररूप क्रमांक 10
(नियम 13 देखिए)

अप्राप्यता प्रमाण पत्र

(जन्म और मृत्यु रजिस्ट्रीकरण अधिनियम, 1969 की धारा 17 के अधीन जारी किया गया)

यह प्रमाणित किया जाता है कि श्री/श्रीमती/कुमारी
आत्मज/पत्नी/पुत्री श्री के निवेदन पर
वर्ष (वर्षों) (स्थानीय क्षेत्र),
तहसील जिला
राज्य के रजिस्ट्रीकरण अभिलेख की तलाशी ली गई और पाया
गया कि पुत्र/पत्नी/पुत्री
के जन्म / मृत्यु सम्बन्धी घटना रजिस्ट्रीकृत नहीं है ।

दिनांक

जारी करने वाले प्राधिकारी के हस्ताक्षर
सील

प्ररूप क्रमांक 11
(नियम 14 देखिए)

जन्म की मासिक संक्षिप्त रिपोर्ट

1. प्रतिवेदन मास वर्ष
2. जिला
3. नगर/ग्राम
4. रजिस्ट्रीकरण इकाई
5. रजिस्ट्रीकृत जन्मों की संख्या :
(क) घटित होने के एक वर्ष के भीतर
- (ख) घटित होने के एक वर्ष के पश्चात्
- योग * (क) एवं (ख)

* योग इस मासिक रिपोर्ट के साथ संलग्न जन्म रिपोर्ट प्ररूपों (प्ररूप क्रमांक-1) के सांख्यिकीय भाग की संख्या के बराबर होना चाहिये ।

दिनांक

रजिस्ट्रार का नाम
एवं
हस्ताक्षर

मुख्य रजिस्ट्रार / जिला रजिस्ट्रार को प्रस्तुत की गई ।

प्ररूप क्रमांक 12
(नियम 14 देखिए)

मृत्यु की मासिक संक्षिप्त रिपोर्ट

1. प्रतिवेदन मास वर्ष
2. जिला
3. नगर/ग्राम
4. रजिस्ट्रीकरण इकाई
5. मास के दौरान पंजीकृत मृत्युओं का विवरण :

मृत्यु			बालक मृत्यु	मातृत्व मृत्यु
एक वर्ष के भीतर रजिस्टर की गई	एक वर्ष के पश्चात् रजिस्टर की गई	* योग		
1	2	3	4	5

टीप : मृत्यु में बालक एवं मातृत्व मृत्यु भी सम्मिलित की जाएंगी ।

* योग इस मासिक रिपोर्ट के साथ संलग्न मृत्यु रिपोर्ट प्ररूपों (प्ररूप क्रमांक-2) के सांख्यिकीय भाग की संख्या के बराबर होना चाहिये ।

दिनांक

रजिस्ट्रार का नाम
एवं
हस्ताक्षर

मुख्य रजिस्ट्रार / जिला रजिस्ट्रार को प्रस्तुत की गई ।