

1. **मृत्यु की तारीख:**
(मृत्यु की वास्तविक तिथि उदाहरणार्थ: 01.01.2000)
2. **मृतक का नाम:**
(पुरा नाम जैसा कि सामान्यतः लिखा जाता है।)
3. **(क) पिता/पति का नाम:**
(पुरा नाम जैसा कि सामान्यतः लिखा जाता है।)
(ख) माता का नाम:
(पुरा नाम जैसा कि सामान्यतः लिखा जाता है।)
4. **मृतक का लिंग:**
(पुरुष या स्त्री, पूर्ण शब्दों में लिखें, संक्षेप में नहीं।)
5. **मृतक की उम्र:**
(यदि मृत व्यक्ति की उम्र: 1 वर्ष से अधिक हो, तो उसकी उम्र पूरे वर्षों में लिखें। यदि मृत व्यक्ति की उम्र 1 वर्ष से कम हो, तो पूरे महीनों में लिखें और यदि 1 महीना से कम हो तो पूरे दिनों में और यदि एक दिन से कम हो, तो पूरे घंटों में लिखें।)
6. **मृत्यु का स्थान:**
(नीचे अंकित प्रविष्टि 1, 2 या 3 जो उपयुक्त को चिन्हित करें। अस्पताल/संस्थान का नाम लिखें या घर का पता दें। जहाँ मृत्यु की घटना हुई है। यदि अन्य स्थान पर मृत्यु हुई हो, तो उस स्थल की पहचान दें।)
1. अस्पताल/संस्थान नाम:
2. घर: पता:
3. अन्य स्थान:
7. **(क) मृतक का स्थायी पता:**
(ख) मृतक का मृत्यु के समय का पता:
8. **सूचक का नाम:**
पता:
(1 से 19 तक के सभी मदों को पूरा करने के पश्चात् सूचक वहाँ हस्ताक्षर करेंगे और तारीख देंगे।)
तारीख: सूचक का हस्ताक्षर या बाँये अँगूठे का निशान

9. **मृतक के निवास स्थान का शहर या ग्राम:**
(मृतक जहाँ वास्तव में निवास करते थे। यह उस स्थान जहाँ मृत्यु की घटना हुई है, से भिन्न हो सकता है। घर का पता अंकित करने की आवश्यकता नहीं है।
(क) शहर/ग्राम का नाम:
(ख) यह शहर है या ग्राम
(नीचे अंकित उपयुक्त प्रविष्टि को चिन्हित करें।)
1. शहर 2. ग्राम
(ग) जिला का नाम:
(घ) राज्य का नाम:
10. **धर्म: (नीचे अंकित उपयुक्त प्रविष्टि को चिन्हित करें।)**
1. हिन्दू 2. मुस्लिम 3. इसाई
4. अन्य कोई धर्म: (धर्म का नाम अंकित करें।)
11. **मृतक का व्यवसाय:**
(अगर व्यवसाय नहीं हो, तो 'शून्य' लिखें।)
12. **मृत्यु के पूर्व उपलब्ध चिकित्सा सहायता का प्रकार:**
(नीचे अंकित उपयुक्त प्रविष्टि को चिन्हित करें।)
1. संस्थागत
2. संस्थान से अलग चिकित्सा सहायता
3. कोई चिकित्सा सहायता नहीं

अलग कर सांख्यिकीय प्रशोधन के लिए भेजा जाना है।

13. **क्या मृत्यु के कारण का चिकित्सीय प्रमाणीकरण हुआ था।**
(नीचे अंकित उपयुक्त प्रविष्टि को चिन्हित करें।)
1. हाँ 2. नहीं
14. **रोग का नाम या मृत्यु का वास्तविक कारण:**
(सभी मृत्युओं की दशा में चाहे वह चिकित्सीय प्रमाणित हो अथवा नहीं)
15. **स्त्री की मृत्यु की दशा में, क्या मृत्यु गर्भावस्था, प्रसव के समय या गर्भ समाप्ति के 6 सप्ताह के अन्दर घटित हुई**
(नीचे अंकित उपयुक्त प्रविष्टि को चिन्हित करें।)
1. हाँ 2. नहीं
16. **यदि धूम्रपान के आदी थे,**
तो कितने वर्षों से?:
17. **यदि किसी रूप में तम्बाकू (खैनी, सूरती) खाने के आदी थे तो कितने वर्षों से?:**
18. **यदि किसी रूप में सुपारी(कसैली) खाने के आदी थे (पान मशाला सहित)-तो कितने वर्षों से?:**
19. **यदि मद्य-पान करने के आदी थे तो कितने वर्षों से थे?:**
(मदों की प्रविष्टियाँ पूर्ण हुई, अब बाँये तरफ हस्ताक्षर करें।)

रजिस्ट्रार द्वारा भरने हेतु
रजिस्ट्रीकरण संख्या: रजिस्ट्रीकरण की तारीख:
रजिस्ट्रीकरण इकाई :
शहर/ग्राम : जिला :
अभियुक्ति (बि0 टी0 न0)
रजिस्ट्रार का नाम और हस्ताक्षर

नाम रजिस्ट्रार द्वारा भरने हेतु
कोड संख्या
जिला:
तहसील:
शहर/ग्राम:
रजिस्ट्रीकरण इकाई रजिस्ट्रार का नाम और हस्ताक्षर

रजिस्ट्रीकरण संख्या: रजिस्ट्रीकरण की तारीख:
मृत्यु की तारीख: लिंग: 1. पुरुष 2. स्त्री
उम्र: वर्षों/महीनों/दिनों/घंटों
मृत्यु का स्थान: 1. अस्पताल/संस्थान 2. घर 3. अन्य स्थान
रजिस्ट्रार का नाम और हस्ताक्षर

SAMPLE