

Pemerintah Desa/Kelurahan :
 Kecamatan :
 Kabupaten/Kota :

Kode Wilayah :

**FORMULIR PELAPORAN LAHIR MATI
 (WARGA NEGARA INDONESIA)**

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama lengkap :
 NIK :
 Umur :
 Pekerjaan :
 Alamat :

Hubungan dengan si bayi :

Melaporkan bahwa pada :

Hari :
 Tanggal :
 Pukul :
 Bertempat di :

Telah lahir bayi : laki-laki/perempuan*) tunggal/kembar*) dalam keadaan
 mati setelah dikandungnya selama bulan disebabkan karena :

Dari seorang Ibu :

Nama lengkap :
 NIK :
 Tanggal lahir/umur :
 Kewarganegaraan :
 Pekerjaan :
 Alamat :

Istri dari :

Nama lengkap :
 NIK :
 Tanggal lahir/umur :
 Kewarganegaraan :
 Pekerjaan :
 Alamat :

....., 20

Pelapor,

(.....)