

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,

( ..... )