[양식 제19호]

사 망 신 고 서

(년 월 일)

※ 뒷면의 작성방법을 읽고 기재하시되 선택항목은 해당번호에 "○"으로 표시하여 주시기 바랍니다.

① 사망자	성명	*한글	(성) / (명)	성 별	*주민등록 번 호	-
		한자	(성) / (명)	1남 2여		
	등록기준지					
	*주소			세대주·관계	의	
	*사망일시	년 월 일 시 분(사망지 시각: 24시각제로 기재)				
	*사망장소	장소				
		구분	1 주택 2 의료기관 3 사회복지시설(양로원, 고아원 등) 4 공공시설(학교, 운동장 등) 5 도로 6 상업·서비스시설(상점, 호텔 등) 7 산업장 8 농장(논밭, 축사, 양식장 등) 9 병원 이송 중 사망 10 기타( )			
②기타사항						
③ 신고인	*성명	㊞ 또는 서명		주민등록번호	-	
	*자격	1동거친족 2비동거친족 3동거자		*관계		
		4기타(보호시설장/사망장소관리장 등)		*자격		
	주소			*전화	이메일	
④제출인	성 명			주민등록번호	-	

※ 타인의 서명 또는 인장을 도용하여 허위의 신고서를 제출하거나, 허위신고를 하여 가족관계등록부에 실제와 다른 사실을 기록하게 하는 경우에는 **형법에 의하여 처벌**받을 수 있으며, ***표시 자료는** 인구동향조사 목적으로 통계청에서도 수집하고 있는 자료임을 알려드립니다.

※ 아래 사항은 통계청의 인구동향조사를 위한 것으로, 「통계법」 제32조 및 제33조에 의하여 성실응답의무가 있으며 개인의 비밀사항이 철저히 보호되므로 사실대로 기입하여 주시기 바랍니다.

인구동향조사

⑤ 사망원인	가	직접 사인			발병부터 사망까지 기 간	
	나	가의 원인				
	다	나의 원인				
	라	다의 원인				
	기타의 신체상황			진단자	1 의사 2 한의사 3 기타	
⑥사망종류	1 병사 2 외인사(사고사 등) 3 기타 및 불상( )					
⑦ 외인사사항	사고종류	1 운수(교통) 2 중독 3 추락 4 익사 5 화재 6 기타( )		의도성 여 부	1 비의도적 사고 2 자살 3 타살 4 미상	
	사고일시	년 월 일 시 분(24시각제로 기재)				
	사고지역	1현주소지와 같은 시군구 2다른 시군구(시도, 시군구) 3 기타( )				
	사고장소	1 주택 2 의료기관 3 사회복지시설(양로원, 고아원 등) 4 공공시설(학교, 운동장 등) 5 도로 6 상업·서비스시설(상점, 호텔 등) 7 산업장 8 농장(논밭, 축사, 양식장 등) 9 기타( )				
⑧ 사망자	국 적	1 대한민국(출생시 국적취득) 2 대한민국[귀화(수반포함)·인지 국적취득, 이전국적 :]				
	최종 졸업학교	1 무학 2 초등학교 3 중학교 4 고등학교 5 대학(교) 6 대학원이상				
	발병(사고)당시직업	1 관리자 2 전문가 및 관련종사자 3 사무종사자 4 서비스종사자 5 판매종사자 6 농림어업 숙련 종사자 7 기능원 및 관련 기능 종사자 8 장치·기계 조작 및 조립 종사자 9 단순노무 종사자 10 학생 11 가사 12 군인 13 무직		혼인상태	1 미혼 2 배우자 있음 3 이혼 4 사별	

※ 아래사항은 신고인이 기재하지 않습니다.

읍면동접수	가족관계등록관서 송부	가족관계등록관서 접수 및 처리
	년 월 일 (인)	