

**Kode.F-2.05**

**KEDUTAAN BESAR REPUBLIK INDONESIA**  
5-2-9 HIGASHI GOTANDA, SHINAGAWA-KU, TOKYO 141-0022  
TEL (03) 3441-4201 FAX (03) 3447-1697

Tanggal	No. Agenda	Petugas

**FORMULIR PELAPORAN KELAHIRAN**

No.	Nama Lengkap Bayi (huruf cetak)	Tempat, Hari, Tanggal lahir				Jenis Kelamin	Berat dan Panjang Bayi	
1. Data Bayi		Tempat Lahir :				1. Laki laki 2. Perempuan	.....Kg.....Ons .....Cm	
		Hari	Tgl	Bin	Thn	Kelahiran Ke :		
						Anak Ke :		
		Jenis Kelahiran : a. Tunggal b. Kembar 2 c. Kembar 3. d. Kembar 4. e. Lainnya						
		Tempat Kelahiran			Nama Rumah Sakit dan Alamat Lainnya			
		a. Rumah Sakit	b. Rumah	c. Lainnya				
		Nomor dan Tgl Surat Kelahiran dari Rumah Sakit						
		Bukti Pencatatan Kelahiran						
		Nomor Bukti Pencatatan		Tanggal Penerbitan			Diterbitkan oleh	
2. Data Ibu	NIK dan Nama Lengkap Ibu (huruf cetak)		Tanggal Lahir dan Umur			Pekerjaan		
			Tgl	Bin	Thn	Umur		
	Alamat Tempat Tinggal dan Nomor Telepon (di Indonesia)			Alamat Tempat Tinggal dan Nomor Telepon (di Negara ybs)				
	Nomor Paspor		Kewarganegaraan			Agama		
	Tanggal Pencatatan Perkawinan		Nomor Akta		Instansi/lembaga yang mengeluarkan			
	Tgl	Bin	Thn					
3. Data Ayah	NIK dan Nama Lengkap Ayah (huruf cetak)		Tanggal Lahir dan Umur			Pekerjaan		
			Tgl	Bin	Thn	Umur		
	Alamat Tempat Tinggal dan Nomor Telepon (di Indonesia)			Alamat Tempat Tinggal dan Nomor Telepon (di Negara ybs)				
	Nomor Paspor		Kewarganegaraan			Agama		
4. Data Pelapor	NIK dan Nama Lengkap Pelapor (huruf cetak)		Hubungan dengan bayi			Tanda Tangan Pelapor		
5. Data Saksi	NIK dan Nama Saksi I	Tanda Tangan Saksi I		NIK dan Nama Saksi II		Tanda Tangan Saksi II		