

生命记录办公室

7190 Colorado Blvd., Suite 170

Commerce City, CO 80020

电话: (720) 200-1401

电子邮箱: vitalrecords@adamscountyco.gov

网站: www.adamscountyhealthdepartment.org



ADAMS COUNTY
HEALTH DEPARTMENT

Together for a Healthier Adams County

工作人员专用:

v. 11/2025

DCN: _____

工作人员: _____ 日期: _____

死亡证明申请表 (核证副本)

申请人信息

申请人姓名 (请以正楷填写):	日间联系电话:
邮寄地址:	城市 州 邮政编码
您与证明上所登记人员的关系 (如果您的姓名不在证明上, 需提供证明):	
父母 兄弟姐妹 配偶 子女 法定代表人 政府机构	
前配偶 (需具备直接且切实的利害关系) 其他: _____	
申请原因:	
社会安全福利 档案需求 领取福利 注销账户 个人事务 其他: _____	

登记人信息

死者全名	名字	中间名	姓氏	后缀		
死亡日期/年龄	月	日	年	去世时年龄	出生地	所在州或外国
死亡地	城市	县	州	仅限科罗拉多州		

根据 1982 年《科罗拉多州修订法规》第 25-2-118 条以及科罗拉多州卫生委员会的规则和条例所定义的内容, 申请人必须对所申请的记录拥有直接且切实的利害关系。根据《科罗拉多州修订法规》第 25-2-118 条之规定, 任何通过虚假手段获取记录的行为, 都将面临相应法律制裁: 可处最高 1,000 美元的罚款, 或最高一年的县监狱监禁, 亦或两者并罚。

在下方签名, 即表明本人已阅读并知悉以虚假借口获取记录将面临法律处罚。

在此处签名

日期:

证明类型及数量

标准死亡证明 (完整记录)	数量	法定死亡证明 (不含医疗信息)	数量	死亡证明核实文件 (仅含有限的法律信息, 且无医疗信息)	数量
------------------	----	--------------------	----	------------------------------------	----

如果通过电子邮件或邮寄方式付款, 请在下方输入银行卡信息,
或开具支票/汇款单, 收款方填写 **Adams County Vitals**

持卡人姓名: _____

持卡人签名: _____

卡号: _____

有效期: _____ / _____ CVV: _____

申请数量及支付金额

证明总数量 _____

首张证明费用 (美元) 25.00

每额外开具一张证明收取 (美元) 20.00

UPS 2 个工作日内送达 (美元) 25.00

(可选)

费用总计 (美元) _____

死亡证明核发对象	所需关系证明文件
现任配偶	必须列在死亡证明上
前配偶	需提供直接且切实的利害关系证明（如社会安全福利记录、保险单）
父母	必须列在死亡证明上
继父母	婚姻证明，用于证明与死亡证明上列出的父母的亲属关系。
兄弟姐妹/同父异母（或同母异父）兄弟姐妹	需提供列明了至少一位共同父母的出生证明（不接受洗礼证明、医院记录或学校记录，除非申请人提供出生地州政府出具的无出生记录证明）。
儿童	需提供列明了亲属关系的出生证明（不接受洗礼证明、医院记录或学校记录，除非申请人提供出生地州政府出具的无出生记录证明）。
继子女	需提供可证明亲属关系的出生证明。出生证明需显示死亡证明所列配偶为其父母之一。
法定代表人/律师助理	需提供委托关系证明，以及委托人同登记人的亲属关系证明。
对方律师（仅限科罗拉多州生命记录办公室）	需提供法院名称、地址及案件编号。证明文件将邮寄至法院，并附密封“保密记录”的诉讼动议。
系谱学家	需提供直系亲属出具的经公证签字授权书，以及该亲属与登记人的关系证明。 证明文件须标注“仅限系谱研究使用”。
姻亲/姑姨/叔舅/侄/甥/堂表亲	对于死亡证明出具未满 25 年的，需提供直接且切实的利害关系证明（如保险单、个人遗嘱等）。 对于死亡证明出具满 25 年的，需提供关系证明（此类情况可接受家谱作为证明文件）。 证明文件须标注“仅限系谱研究使用”。
遗嘱检验研究员	需提供直接且切实的利害关系证明
债权人	需提供直接且切实的利害关系证明
雇主	需提供直接且切实的利害关系证明
受益人	需提供直接且切实的利害关系证明（如保险公司/养老金公司抬头信函，信函需明确注明申请人为受益人或有资格提出索赔）。
保险公司	需提供直接且切实的利害关系证明（如保险单）。
医院/疗养院/临终关怀机构/医生	需提供患者关系证明
殡仪馆承办人	必须列在死亡证明上。
信息提供者	必须列在死亡证明上。
其他因需要确定或保护个人权利或财产权利而申请获取信息，且能证明存在直接利害关系的人员	需提供直接且切实的利害关系证明
授权委托书持有人/代理人（授权委托）	需提供经“委托人”（其代表的人员）签字并公证的长期授权委托书。长期授权委托书无有效期限限制，除非文件中另有注明或委托人死亡。本办公室不接受医疗授权委托书。
领事机构/领事馆	需提供能证明其与该领事馆存在关联的官方证件。