



出生記録証明書のコピーの申請

| <p>証明書の名前：</p> <p>_____ 接尾辞 _____</p> <p>性別： <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性 生年月日： _____</p> <p>出生地： _____ 島 _____ 市区町村</p> <p>証明書の父親の名前：</p> <p>_____ 接尾辞 _____</p> <p>証明書の母親の名前：</p> <p>_____ 接尾辞 _____</p> | <p>受領番号：</p> <p>作成日：</p> <p>注文情報：</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>詳細</th> <th>数量</th> <th>金額</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>最初の証明書のコピー</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>追加のコピー (\$4.00/部)</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>ポータル管理料</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>その他： _____</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>証明書のコピーの合計数：</p> <p>支払い合計金額：</p> | 詳細 | 数量 | 金額 | 最初の証明書のコピー | | | 追加のコピー (\$4.00/部) | | | ポータル管理料 | | | その他： _____ | | |
|--|---|----|----|----|------------|--|--|-------------------|--|--|---------|--|--|------------|--|--|
| 詳細 | 数量 | 金額 | | | | | | | | | | | | | | |
| 最初の証明書のコピー | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 追加のコピー (\$4.00/部) | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ポータル管理料 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| その他： _____ | | | | | | | | | | | | | | | | |

申請者情報：

| | |
|----------------------|----------------------|
| 申請者と証明書に記載されている人との関係 | 申請理由 |
| 申請者のメールアドレス | 電話 - 自宅 電話 - 会社 |
| 申請者の名前 | 代理店 / 組織 |
| 住所 - 番地または私書箱番号 | 住所 2 |
| 市区町村 都道府県 | 郵便番号 国 |

申請者の政府発行の写真付き身分証明書のコピーを添付してください。

こちらに署名してください。

_____ 申請者の署名

申請者以外の場所に郵送の場合：

| | |
|--------------------|-------------|
| 証明書を受け取る方の名前 | 代理店 / 組織 |
| 郵送先住所 - 番地または私書箱番号 | 住所 2 |
| 市区町村 都道府県 | 郵便番号 国 |

| | |
|--|---|
| OFFICE USE ONLY: | |
| _____ HBC _____ DBC _____ UNREC.BC _____ NR FILE _____ PENDING Year: _____ Volume: _____ Certificate: _____ Receipt#: _____ | Index Searched: _____ From _____ To _____ Volume Searched: _____ From _____ To _____ Date Copy Prepared: _____ |



ハワイ州保健局

健康状態監視オフィス

重要記録プログラム

P.O. Box 3378, Honolulu, Hawai'i 96801

指示

申請の提出後：

1. すべての手数料は返金不可です。
2. 重要な記録が見つからなかった場合、調査費用をまかなうため、すべての手数料は保持されます。
3. 申請フォームに記載可能な名前は1つのみです。
4. 申請を送信した後、追加のコピーが必要な場合には新たな申請が必要です。

入力済みの申請フォームの送信：

申請者の政府発行の写真付き身分証明書のコピーを添付してください。

郵送先：

State Department of Health
Office of Health Status Monitoring
Vital Records Issuance Section
PO Box 3378
Honolulu, Hawaii 96801

手数料はすべて前払いする必要があります。支払う手数料の正確な金額を記載した次あての為替または現金小切手を同封してください。 *Hawaii State Department of Health*.
支払いを現金で送らないでください。
個人の小切手は受け付けていません。

-または-

対面：

Room 103, 1250 Punchbowl Street, Honolulu

月、水、金のみ、7:45 AM~2:30 PM（祝日を除く）

手数料の支払いは現金、為替、または現金小切手で行う必要があります。

アポステイーユおよび認証：

外国政府による承認のためのアポステイーユおよび/または認証が必要な証明書の申請は、郵送または対面でのみ行うことができます。

証明書の標準の手数料に加え、お客様は以下の場合に限り、米ドルで2つの別々の為替または現金小切手を送る必要があります。

アポステイーユごとに\$1.00の支払い先：

Office of the Lt. Governor

認証ごとに\$3.00の支払い先：

Chief Clerk, First Circuit Court