附件1

《出生医学证明》签发机构及印章备案登记表

县级卫生健康 设区的市级卫生健康

行政部门（盖章）： 行政部门审核（盖章）：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 组织机构名称 |  | 组织机构代码 |  |
| 是否具备助产机构服务资质 | 是： 否： |
| 法人代表 |  |
| 分管领导姓名 |  | 职务 |  |
| 联系电话 |  |
| 管理人员姓名 |  |  职务 |  |
| 联系电话  |  |
| 证件申领人 | 姓名 |  | 联系电话 |  |
| 公民身份号码 |  |
| 签发人 | 姓名 |  | 联系电话 |  |
| 公民身份号码 |  |
| 印章管理人 | 姓名 |  | 联系电话 |  |
| 公民身份号码 |  |
| 印章启用时间 |  |
| 印章终止时间 |  |
| 《出生医学证明》专用章式样： | 《出生医学证明》补发专用章式样： |

备注：相关内容变更须重新上报备案登记表。

填表时间： 年 月 日

《出生医学证明》管理人员备案登记表

 设区的市卫生健康行政部门（盖章）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 市卫生健康行政部门负责人员姓名 |  | 性 别 |  | 职 务 |  |
| 联系方式 | 手 机 |  |
| 办 公 |  |
| 邮 箱 |  |
| 分管领导姓名 |  | 职 务 |  | 联系电话 |  |
| 市妇幼保健机构负责人姓名 |  | 性 别 |  | 职 务 |  |
| 联系方式 | 手 机 |  |
| 办 公 |  |
| 邮 箱 |  |
| 分管院长姓名 |  | 职 务 |  | 联系电话 |  |

备注：相关内容变更须重新上报备案登记表。

填表时间： 年 月 日

附件2

《出生医学证明》季度配发表

 年 第 季度

 市 县（区）单位名称： 组织机构代码：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 上季度申领数(1) | 上季度使用情况 | 上季度库存数(15) | 上季度医疗保健机构内活产数（16） | 本季度申领数（17） |
| 医疗保健机构内出生的签发数 | 医疗保健机构外出生的签发数(8) | 废证数 | 合计(14) |
| 当年出生的首次签发数(2) | 既往年度出生的首次签发数(3) | 家庭接生员接生的签发数(4) | 换发数(5) | 补发数(6) | 小计(7) | 因打印或填写错误数(9) | 遗失数(10) | 损毁数(11) | 其他原因数(12)  | 小计(13) |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

单位负责人： 填表人： 联系方式： 填表日期： 年 月 日

注：1.本统计表《出生医学证明》的数量单位为“张”。

2.表中逻辑关系：(7)=(2)+(3)+(4)+(5)+(6)；(13)=(9)+(10)+(11)+(12)；(14)=(7)+(8)+(13)。

3.设区的市卫生健康行政部门应于每年2月10日，5月10日，8月10日，11月10日前分别完成上一季度季报表审核，报省妇幼保健院。

附件3

《出生医学证明》领取审批表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申请单位（单位公章） |  | 负责人(手写签名) |  |
| 申请日期 |  | 申请单位上批领取时间 |  |
| 申请单位上批领取数量 |  | 上批结余数量 |  |
| 本次申请数量 |  | 领取人(手写签名) |  |
| 领取人电话 |  | 领取人公民身份号码 |  |
| 出生医学证明号段 |  | 出库经办人(手写签名) |  |
| 管理机构意见（签发机构赴管理机构领取时使用） |  签字： 年 月 日 |
| 上级管理机构意见（下级管理机构赴上级管理机构领取时使用） |  签字： 年 月 日 |

附件4

申领经办人证明

（样表）

申领单位 ：

经 办 人：

联系电话（手机）：

办理事项：

|  |
| --- |
|  经办人身份证明复印件粘贴处 |

申领单位盖章

年 月 日

附件5

《出生医学证明》管理使用情况年度统计表

报表年度： 年

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 上一年底库存数(1) | 当年申领数(2) | 当年使用情况 | 当年年底库存数(15) | 当年医疗保健机构内活产数(16) |
| 医疗保健机构内出生的签发数 | 医疗保健机构外出生的签发数 | 废证数 | 合计(14) |
| 首次签发数(3) | 换发数(4) | 补发数(5) | 小计(6) | 家庭接生员接生的签发数(7) | 其他情况的签发数(8) | 小计(9) | 因打印或填写错误数(10) | 遗失数(11) | 其他原因数(12) | 小计(13) |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 注：本统计表《出生医学证明》的数量单位为“张”。

表中逻辑关系：(6) = (3) + (4) + (5)； (9) = (7) + (8)； (13) = (10) + (11) + (12)； (14) = (6) + (9) + (13)； (15) = (1) + (2) - (14)

 单位名称（盖章）： 负责人： 填表人： 填表日期： 年 月 日

附件6

《出生医学证明》出库登记本

 单位

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 出库日期 | 证件起止编号 | 数量 | 出库审核人（1） | 出库审核人（2） | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

《出生医学证明》入库登记本

 单位

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 入库日期 | 证件起止编号 | 数量 | 入库审核人（1） | 入库审核人（2） | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

出生医学证明出入保险柜登记本

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 日 期 | 取出记录 | 放回记录 |
| 时 | 分 | 编号起止号码 | 数量 | 审核人 | 审核人 | 时 | 分 | 编号起止号码 | 数量 | 审核人 | 审核人 |
| 　 | 　 |  | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |  | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 |  | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |  | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 |  | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |  | 　 | 　 | 　 | 　 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 　 | 　 |  | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |  | 　 | 　 | 　 | 　 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 　 | 　 |  | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |  | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 |  | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |  | 　 | 　 | 　 | 　 |

附件7

印章刻制式样、要求

（略）

具体印章刻制式样、要求另行通知。

附件8

孕产妇身份核验知情同意书

 机构

|  |
| --- |
| 孕产妇 （住院病历号： ）：为保障妇女儿童合法权益，根据《山东省出生医学证明管理办法》有关规定，孕产妇在入院分娩期间需通过身份核验设备或登录“爱山东”APP等小程序进行实名实人刷脸认证，确保“人”“证”一致。核验通过的，医务人员方可进行住院分娩信息直报及新生儿出生医学证明办理。核验不通过或者拒绝核验的，助产机构应留存相关影像资料，首先通过电子身份证、居民户口簿、社会保障卡、驾驶证等国家法定身份证件核验，无法核验的可以向户籍地公安机关申请核实。助产机构、签发机构无法核实其身份的，医务人员暂不予上报孕产妇住院分娩信息，不予签发出生医学证明。 |
| 我已经详细阅读并知晓上述知情告知内容，新生儿母亲姓名（签名和按手印）： 新生儿父亲姓名（签名和按手印）： 证件类型： 证件类型： 证件号码：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 证件号码：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_签字时间： 年 月 日 签字时间： 年 月 日  |
| 核验方式：🞎身份核验设备 🞎“爱山东”APP 🞎小程序 🞎人工核验新生儿母亲核验结果：🞎通过 🞎不通过 🞎拒绝核验（原因： ）新生儿父亲核验结果：🞎通过 🞎不通过 🞎未核验（原因： 🞎拒绝 🞎未到场 ）特殊无法刷脸或刷脸不通过或拒绝核验的情况： 🞎已录像（拍照） 🞎未录像（拍照） 🞎已报警 身份核验人1签名： 身份核验人2签名：身份核验日期： 身份核验科室（盖章）： |

注：港澳台居民和外籍人士须至少由2名正式工作人员共同签字确认，将孕产妇身份核验签字确认书存放于产妇病历中按规定保存。

附件9

《出生医学证明》签发知情告知书

 机构

|  |
| --- |
| 产妇 （住院病历号： ）：您好！出生医学证明是依据《中华人民共和国母婴保健法》出具的，证明新生儿出生时状态、血亲关系以及申报国籍、户籍取得公民身份的法定医学证明。出生医学证明是“人生第一证”，非常重要。为了维护您和新生儿的合法权益，确保顺利办理新生儿《出生医学证明》，现将有关情况告知如下：（一）核实身份是医疗机构落实国家打击拐卖人口政策的要求，请您和新生儿父亲配合刷脸身份认证和准确填写核实本人的身份信息，该信息是签发出生医学证明的重要依据。（二）住院期间须需通过“身份核验”设备或登录“爱山东”APP或小程序等进行实名实人刷脸认证；如果在住院期间，您和新生儿父亲提供的身份信息（包括您的姓名、公民身份号码等）与领证时提供的信息不一致，可能导致无法为新生儿办理出生医学证明。对于孕产妇以他人名义入院、拒绝进行身份核验、人脸识别不通过的，或者出生医学证明申请人持虚假身份证件、拒绝进行身份核验、人脸识别不通过的，该机构应留存相关影像资料，首先通过电子身份证、居民户口簿、社会保障卡、驾驶证等国家法定身份证件核验，无法核验的可以向户籍地公安机关申请核实。助产机构、签发机构无法核实其身份的，医务人员暂不予上报孕产妇住院分娩信息，不予签发出生医学证明。对于持虚假身份证件的违法行为，可由发现单位报案，公安机关依法查处。（三）线上申领出生医学证明须由新生儿母亲发起，父母双方线上刷脸签名确认，同时上传父母双方身份证及《出生医学证明》签发知情告知书照片；因特殊原因无法线上申领的，须线下现场领取，具体签发要求可咨询分娩机构相关人员；新生儿出生超过3个月未线上申领的，须线下到签发机构办理出生医学证明。（四）出生医学证明由新生儿母亲和父亲双方共同申请；新生儿父母已经死亡或者没有监护能力的，由监护人提出申请，提供申请人有关佐证材料。（五）新生儿出生后原则上应在1个月以内按要求申领出生医学证明。超过3个月未申领的，首次申领时应当提供助产机构产妇病历复印件（包含首页、出院记录、分娩记录、新生儿记录页）等，并作出个人信息真实承诺。如无法提供以上资料或超过1年时间未申领的，须提交有资质的鉴定机构出具的亲子鉴定证明原件。 |
| 我已经详细阅读并知晓上述知情告知内容，新生儿母亲姓名（签名和按手印）： 新生儿父亲姓名（签名和按手印）： 证件类型： 证件类型： 证件号码：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 证件号码：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_签字时间： 年 月 日 签字时间： 年 月 日  |
| 核验方式：🞎身份核验设备 🞎“爱山东”APP 🞎小程序 🞎人工核验新生儿母亲核验结果：🞎通过 🞎不通过 🞎拒绝核验（原因： ）新生儿父亲核验结果：🞎通过 🞎不通过 🞎未核验（原因：🞎拒绝 🞎未到场 ）特殊无法刷脸或刷脸不通过或拒绝核验的情况： 🞎已录像（拍照） 🞎未录像（拍照） 🞎已报警 身份核验人1签名： 身份核验人2签名：身份核验日期： 身份核验科室（盖章）：  |

注：港澳台居民和外籍人士须至少由2名正式工作人员共同签字确认，《出生医学证明》签发知情告知书存放于签发档案里按规定保存。

附件10

《出生医学证明》首次签发登记表

|  |
| --- |
| **分 娩 信 息** |
| 产妇姓名 | 　 | 住院病历号 | 　 |
| 新生儿性别 | 　 | 出生日期 |  年 月 日 时 分 |
| 出生孕周 |  周 | 出生体重 |  克 | 出生身长 |  厘米 |
| 出生地点 |  省 市 县（区） 乡  | 医疗机构名称 |   |
| 是否途中急产 |  是 否 |
| 以上内容由接生人员填写，请核对正确无误后签字确认。 |
| 接生人员签字： 录入操作员： 填表日期： 年 月 日 |
| **新生儿姓名及其父母相关信息** |
| 是否提供父母信息： 是 否（只提供 ） |
| 新生儿姓名 | 　 |
| 母亲信息 | 姓名 | 　 | 年龄 | 　 |
| 国籍 | 　 | 民族 | 　 |
| 住址 | 　 |
| 身份证件类别 | 　 |
| 有效身份证件号码 | 　 |
| 父亲信息 | 姓名 | 　 | 年龄 | 　 |
| 国籍 | 　 | 民族 | 　 |
| 住址 | 　 |
| 身份证件类别 | 　 |
| 有效身份证件号码 | 　 |
| 领证人 | 姓名 | 　 | 与新生儿关系 | 　 |
| 身份证件类别 | 　 |
| 有效身份证件号码 | 　 |
| 以上内容由领证人填写，请核对正确无误后签字确认，并承担相应法律责任。《出生医学证明》一经签发，证件上的各项信息原则上不应变更。 |
| 领证人签字： 填表日期： 年 月 日 |
| 签发人员签字： 填表日期： 年 月 日 |

注:1.在首次签发登记表背面粘贴《出生医学证明》存根、新生儿父亲、母亲、领证人有效身份证件复印件等材料。

2.表中的分娩信息和新生儿姓名及其父母相关信息分别由接生人员和领证人填写，所有项目要字迹清楚。若出现涂改，相应内容须由接生人员或领证人签字确认并按手印。

 3.此表由产房或手术室医务人员送达出生医学证明签发人员。

首次签发要求

《出生医学证明》由正页、副页和存根三部分组成，所有项目要填写齐全、字迹清楚、内容准确。签发机构审验申请人提交的相关材料后，按照《出生医学证明首次签发登记表》内容签发，不得涂改，并做好签发登记。

一、新生儿信息

1.新生儿姓氏应当随父姓或者母姓，但是具有《中华人民共和国民法典》第一千零一十五条所列情形之一的，可以在父姓和母姓之外选取姓氏。在父姓和母姓之外选取姓氏的，应当提交符合条款规定情形的相应凭证。

2.新生儿名字（除姓氏外）应当使用国务院最新公布的《通用规范汉字表》中的汉字填写。

3.新生儿父母一方或双方为外籍的，“新生儿姓名”栏可填写中文或英文。

二、新生儿父母信息

新生儿父母信息应按照有效证件信息填写。

1.一方或双方为外籍人士的，其姓名可填写中文或英文，其他信息填写中文。

2.“年龄”栏填写新生儿出生时其父母的年龄，原则上以有效身份证件为准。

3.新生儿父亲或母亲为香港、澳门特区和台湾地区居民的，在“国籍”栏分别填写“中国（香港）”、“中国（澳门）”和“中国（台湾）”。

4.未提供民族信息的，“民族”栏可填写“/”。

5.“住址”栏填写其有效身份证件地址或现住址。

6.“有效身份证件号码”包括：➀大陆境内的中国居民，为中华人民共和国居民身份证（“有效身份证件号码”栏填写公民身份号码）；➁香港、澳门居民，为港澳居民往来内地通行证（填写通行证号码）或港澳居民居住证（填写通行证号码）；台湾居民，为台湾居民往来大陆通行证（填写通行证号码）或台湾居民居住证（填写通行证号码）➂外籍公民，为护照（填写护照号码）

7.对于新生儿父母与所提供身份证件的真实性、一致性存疑的，签发机构应当首先通过电子身份证、居民户口簿、社会保障卡、驾驶证等国家法定身份证件核验，无法核验的可以向户籍地公安机关申请核查相关信息，户籍地公安机关在5个工作日内反馈结果。经核查，证件不真实或人证不一致、签发机构无法核实其身份的，不予签发出生医学证明；涉嫌违法犯罪的，公安机关依法予以打击。

未提供新生儿父亲或母亲信息的，签发机构可仅填写新生儿母亲或父亲的信息和新生儿姓名、性别、出生时间、出生地点以及签发人员、签发机构、签发日期等信息，其余相应栏目处填写“/”。

8.与医疗保健机构内分娩产妇、新生儿信息一致的相关证明材料包括但不限于：指纹、笔迹、新生儿足纹鉴定等相关材料。

9.现役军人因特殊职业确实不能提供身份证件的，由所在部队团以上干部部门出具证明，并注明其公民身份号码。

三、签发机构信息

1.“签发人员签字”和“领证人员签字”栏分别由签发人员和领证人员签字。

2.“签发日期”栏按实际签发日期填写。

3.在《出生医学证明》正页、副页和存根“签发机构（盖专用章）”处加盖出生医学证明专用章，盖印要使用红色印泥，清晰端正，不得涂抹，不得盖其他印章或骑缝章。签发机构加盖印章前应当认真核实《出生医学证明》上的信息，严禁在空白《出生医学证明》上盖章。

附件11

办理《出生医学证明》授权委托书

（样表）

委托人姓名（新生儿母亲）：

身份证件类别： 有效身份证件号码：

联系电话：

受委托人姓名：

身份证件类别： 有效身份证件号码：

与新生儿关系： 联系电话：

委托人 于 年 月 日在 （新生儿出生地点）分娩，特授权委托 （受委托人姓名）办理 （新生儿姓名）的《出生医学证明》。

凡由受委托人在上述委托权利内，代理委托人行为所造成的法律结果，委托人均予以承认。

委托期限从 年 月 日起至 年 月 日止。

委托人签字（按手印）： 受委托人签字（按手印）：

 年 月 日 年 月 日

附件12

亲子关系声明

（样表）

 （新生儿姓名），性别 ，是 （母亲姓名）与 （父亲姓名）亲生。

母亲姓名 出生年月 国籍 民族

现居住地 联系电话:

父亲姓名 出生年月 国籍 民族

现居住地 联系电话：

新生儿出生时间: 年 月 日 时

新生儿出生地: 省 市 县(区) 乡 村

因 原因，未在医院出生。

由 （接生人员姓名）接生，与新生儿关系 。

出生时新生儿状况 1.良好 2.一般 3.差

**就以上事实特此声明。若不属实，声明人愿负法律责任。**

母亲签名（指印）： 身份证号： 日期：

父亲签名（指印）： 身份证号 ： 日期：

（或监护人签章）： 身份证号 ： 日期：

证明人签名（指印）： 证明人与新生儿关系：

有效身份证件号码 ： 日期：

接生人签名（指印）： 有效身份证件号码： 日期：

附件13

情况证明

（样表）

本人证明孕妇 于 年 月 日 时 分，在 省

 市 县（区） 乡镇（街道） 村，分娩 名男性 名女性活婴。

新生儿出生时健康状况：良好□ 一般□ 差□

体重 克，身长 公分。

新生儿母亲住址： 省 市 县（区） 乡镇（街道） 村。

以上情况属实，特此证明，并自愿承担一切法律责任和后果。

证明人签字（指印）： 年 月 日

有效身份证件号码： 联系电话（手机）：

新生儿母亲的有效身份证件号码：

附件14

医疗保健机构外出生的《出生医学证明》

首次签发登记表

|  |
| --- |
| 分娩信息、新生儿姓名及其父母相关信息 |
| 新生儿姓名 |  | 性别 |  | 出生日期 |  年 月 日 时 分 |
| 出生地 |  市 县（区） 乡 | 出生孕周 | 周 |
| 健康状况 | 良好 一般 差 | 出生体重 | / | 出生身长 | / |
| 母亲信息 | 姓名 |  | 年龄 |  |
| 国籍 |  | 民族 |  |
| 身份证件类别 |  |
| 有效身份证件号码 |  |
| 父亲信息 | 姓名 |  | 年龄 |  |
| 国籍 |  | 民族 |  |
| 身份证件类别 |  |
| 有效身份证件号码 |  |
| 户籍所在地 |  |
| 现居住地 |  |
| 领证人 | 姓名 |  | 与新生儿关系 |  |
| 身份证件类别 |  |
| 有效身份证件号码 |  |
| 领证需提供材料 |
| * 亲子关系声明。
* 具有资质的鉴定机构出具的亲子鉴定证明原件和复印件。
* 如有接生人员，需提供接生人员接生情况证明。
 |
| 以上内容由领证人填写和提交，请核对正确无误后签字确认，并承担相应法律责任。《出生医学证明》一经签发，证件上的各项信息原则上不应变更。  领证人签字： 填表日期： 年 月 日 |
| 签发人员签字： 填表日期： 年 月 日 |

注:1.在首次登记表背面粘贴《出生医学证明》存根、新生儿父亲、母亲、领证人有效身份证件复印件等材料。

2.表中新生儿及其父母相关信息由领证人填写，要字迹清楚。若出现涂改，相应内容须由领证人签字确认并按手印。

医疗保健机构外出生的《出生医学证明》首次签发登记本

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 领证日期 | 母亲姓名 | 父亲姓名 | 新生儿姓名 | 性别 | 出生日期 | 出生证编号 | 领证人有效身份证件号码 | 领证人签字 | 签发人签字 | 盖章人签字 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

附件15

办理《出生医学证明》书面声明

本人姓名 有效身份证件号码：

户籍地址 省 市 县（区）

 乡镇（街道） 村（居）。

新生儿母亲 于 年 月 日在

 医院或 分娩 名男性 名女性活婴，取名 。

因

 （必填项）等原因，无法提供新生儿父亲 （母亲 ）相关信息，本人自愿申请放弃父亲（母亲）相关信息的填写，按单亲为新生儿 办理唯一的出生医学证明。

本人已获知，《出生医学证明》一经签发，证件上的各项信息不能更改、提供信息材料不真实需要承担的法律责任。本人保证所提供的信息及相关材料是真实的，是本人真实意思表达。若今后出现由此带来的一切法律责任和法律纠纷，均由我本人承担，与签发单位无关。

特此声明。

声明人签字（手印）：

 年 月 日

注：1.本声明书限于单亲办理《出生医学证明》使用。

2.新生儿父亲或母亲居民身份证复印件粘贴在背面。

附件16

身份信息核查函

 派出所：

 新生儿父亲（母亲）： （有效身份证件号码： ）在办理《出生医学证明》首次签发时，需要核实该新生儿父亲（母亲）身份信息，请予以协助核实。

谢谢！

 单位：（公章）

 年 月 日

附件17

《出生医学证明》换发登记表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 原证编号 | 　 | 新生儿姓名 | 　 |
| 签发人员 | 　 | 签发机构 | 　 |
| **换发原因及提供材料** |
| 换发原因 | 无效证件换发 | * 私拆副页
* 乱涂乱改
* 打印错误
* 字迹不清
* 项目不全
* 严重损坏
* 未加盖印章
* 其他原因导致无效（说明： ）。
 |
| 更改信息换发 | * 提供法定鉴定机构出具的亲子鉴定证明，要求变更父亲或母亲信息的；
* 经户口登记机关证实新生儿姓名不能进行出生登记的。
 |
| 提供和提交的材料 | * 新生儿父母的书面申请。
* 新生儿父母身份证原件和复印件。
* 领证人的身份证件原件和复印件。
* 如需要变更父母信息还需要提供亲子鉴定证明。
 |
| 原证正、副页交回情况 | 正页 正页和副页 |
| 换发的新证信息 |
| 新生儿姓名 | 　 | 性别 | 　 |
| 出生时间 | 　 |
| 出生孕周 | 　 | 出生体重 | 　 | 出生身长 | 　 |
| 出生地点 | 　 | 医疗机构名称 | 　 |
| 母亲信息 | 姓名 | 　 | 年龄 | 　 |
| 国籍 | 　 | 民族 | 　 |
| 住址 | 　 |
| 身份证件类别 | 　 |
| 有效身份证件号码 | 　 |
| 父亲信息 | 姓名 | 　 | 年龄  | 　 |
| 国籍 | 　 | 民族 | 　 |
| 住址 | 　 |
| 身份证件类别 | 　 |
| 有效身份证件号码 | 　 |
| 领证人 | 姓名 | 　 | 与新生儿关系  | 　 |
| 身份证件类别 | 　 |
| 有效身份证件号码 | 　 |
| 以上内容由领证人填写，请核对正确无误后签字确认，并承担相关法律责任。领证人签字： 日期： |
| 换发人员签字： |  | 分管负责人签字: |  |
| 注：1.在换发登记表背面粘贴换发后的《出生医学证明》存根、原证的正页或正、副页及相关材料。2.表中所有项目要字迹清楚，相应内容须由领证人签字确认。 |

《出生医学证明》换发登记本

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 领证日期 | 母亲姓名 | 父亲姓名 | 新生儿姓名 | 性别 | 出生日期 | 原证编号 | 新证编号 | 换发原因 | 领证人有效身份证件号码 | 领证人签字 | 签发人签字 | 盖章人签字 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

附件18

《出生医学证明》补发登记表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 原证编号 | 　 | 新生儿姓名 | 　 |
| 签发人员 | 　 | 签发机构 | 　 |
| **补发原因及提供材料** |
| 补发原因 | * 遗失
* 被盗
* 其他（说明： ）
 |
| 领证人需提供和提交的材料 | * 新生儿父母书面申请
* 身份证件原件及复印件
* 委托领证人身份证件原件、复印件及授权委托书
* 原出生医学证明存根或副页复印件
 |
| 办理出生登记情况 | 已办理出生登记 未办理出生登记 |
| **补发的新证信息** |
| 新生儿姓名 |  | 性别 |  |
| 出生时间 |  |
| 出生孕周 |  | 出生体重 |  | 出生身长 |  |
| 出生地点 |  | 医疗机构名称 |  |
| 母亲信息 | 姓名 |  | 年龄 |  |
| 国籍 |  | 民族 |  |
| 住址 |  |
| 身份证件类别 |  |
| 有效身份证件号码 |  |
| 父亲信息 | 姓名 |  | 年龄 |  |
| 国籍 |  | 民族 |  |
| 住址 |  |
| 身份证件类别 |  |
| 有效身份证件号码 |  |
| 领证人 | 姓名 |  | 与新生儿关系 |  |
| 身份证件类别 |  |
| 有效身份证件号码 |  |
| 以上内容由领证人填写，请核对正确无误后签字确认，并承担相关法律责任。领证人： 日期： |
| 补发人员签字: |  | 分管负责人签字： |  |
| 注：1.在补发登记表背面粘贴补发后的《出生医学证明》存根及相关材料。 2.表中所有项目要字迹清楚，相应内容须由领证人签字确认。 |

《出生医学证明》补发登记本

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 领证日期 | 母亲姓名 | 父亲姓名 | 新生儿姓名 | 性别 | 出生日期 | 原证编号 | 新证编号 | 补发原因 | 领证人有效身份证件号码 | 领证人签字 | 签发人签字 | 盖章人签字 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

附件19

出生医学证明丢失承诺声明书/落户情况承诺书

新生儿姓名： ，性别： ， 年 月 日在 出生，□已办理出生登记 ，□未办理出生登记，其出生医学证明□正页、□副页、□存根不慎丢失，证件编号： ，声明作废。

以上情况若不属实，愿负法律责任。

声明人签名（手印）：

身份证号：

日 期： 年 月 日

附件20

户籍核查函

 派出所：

 （原出生医学证明编号： ）在办理《出生医学证明》补发时，需要核查该新生儿是否已经落户，请予以协助核查。

新生儿父亲（母亲）： （有效身份证件号码： ）

谢谢！

 单位：（公章）

 年 月 日

附件21

《出生医学证明》废证季度统计表

 市 县（区） 单位名称：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 出生医学证明编号 | 签发机构名称 | 作废原因 | 经办人 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

单位负责人： 填表人：

联系方式： 填表日期： 年 月 日

注：设区的市卫生健康行政部门应于每年2月10日，5月10日，8月10日，11月10日前分别完成上一季度季报表审核，报省妇幼保健院。

附件22

《出生医学证明》真伪鉴定书

（鉴定机构使用）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 新生儿姓名 |  | 证件编号 |  |
| 签发机构名称 |  |
| 申请鉴定的户口登记机关 |  | 申请日期 |  |
| 经办人签字 |  | 负责人签字 |  |
| 真伪鉴定结果载体鉴定结果：信息核实结果：结论： 真 □ 假 □ 鉴定机构（盖章） 年 月 日 |

注：载体鉴定结果和信息核实结果一项为假，结论为假。

附件23

《出生医学证明》终身责任制承诺书

《出生医学证明》是依据《中华人民共和国母婴保健法》出具、证明新生儿出生状况和血亲关系、具有法律效力的医学证明文书，对保护新生儿合法权利具有重要意义。本人承诺在《出生医学证明》管理和签发过程中依法履行相应职责，并终身承担相应责任。

1.自觉遵守法律法规，严格执行《出生医学证明》管理各项规定。

2.秉持守法、敬业、诚信的职业精神，尽职尽责完成《出生医学证明》各项管理和签发工作。

3.拒绝和抵制利用职务之便盗取、转卖、签发虚假内容的《出生医学证明》等违法违纪行为，依法承担相应行政和法律责任。

4.对工作中知悉的[个人信息予以保密](http://www.baidu.com/link?url=NqCPBf-IiCNqCrx65wOTAmfEp4wxx7OCznuS9-Dq4juem7LLGxgDBsM8rSreuf0Zinaf9g65REmyi9lnw27-uoC1eeVBnGH-azrV_tUvQ56EC4GvKRDpS_LMHkdfLf2Q&ie=utf-8&f=8&tn=baidu&wd=%E5%AF%B9%E4%B8%AA%E4%BA%BA%E4%BF%A1%E6%81%AF%E4%BA%88%E4%BB%A5%E4%BF%9D%E5%AF%86&inputT=597563&bs=%E8%AF%9A%E4%BF%A1%20%E8%81%8C%E4%B8%9A%E7%B2%BE%E7%A5%9E)。

本承诺书一式三份，一份由承诺人本人留存，一份由承诺人所在机构备案，一份由承诺人所在机构所属的卫生健康行政部门存档。

承 诺 人：

机构盖章：

日 期：