

# 全椒县卫生健康委员会 全椒县公安局 文件

全卫健委〔2022〕73号

## 关于印发全椒县《出生医学证明》管理 实施细则的通知(修订版)

县有关医疗卫生单位:

为了进一步加强和规范全县《出生医学证明》管理,按照国家及安徽省、滁州市有关《出生医学证明》管理规定,结合我县实际,县卫生健康委、县公安局制定了《全椒县《出生医学证明》管理实施细则》(修订版)》,现印发给你们,请认真贯彻实施。

全椒县卫生健康委员会

全椒县公安局

2022年11月14日

# 全椒县《出生医学证明》管理实施细则

## 第一章 总则

**第一条** 为了加强全县《出生医学证明》管理，规范《出生医学证明》签发工作，根据《中华人民共和国母婴保健法》、《安徽省〈出生医学证明〉管理办法》等国家和安徽省有关文件精神，结合我县实际，制定本实施细则。

**第二条** 《出生医学证明》是依据《中华人民共和国母婴保健法》出具的，证明新生儿出生状态、血亲关系，申报国籍、户籍，取得公民身份号码的法定医学证明。

**第三条** 我县境内出生的新生儿，应当依法获得《出生医学证明》。

## 第二章 管理与监督

**第四条** 《出生医学证明》管理遵循属地管理的原则。

县卫健委负责全县《出生医学证明》的管理工作。可以委托相关机构负责《出生医学证明》的事务性管理工作，书面委托协议须逐级上报。

县卫健委负责全县《出生医学证明》的管理工作，委托县妇幼保健计划生育服务中心（以下简称县妇计中心）负责全县《出生医学证明》的事务性管理工作。

卫生行政部门和委托管理机构应明确职责与任务，建立完善相关规章制度，加强监督，规范服务。

**第五条** 《出生医学证明》签发机构实行备案制度。县《出生医学证明》管理机构应依据辖区内经依法审批并获得助产技术执业许可的医疗保健机构名单确定《出生医学证明》签发机构名单并登记备案（见附件1），备案表报上级主管部门并通报同级公安机关。如有变动，应及时通报同级公安机关并上报主管部门备案。

**第六条** 《出生医学证明》管理和签发机构要加强《出生医学证明》签发管理，建立健全相关管理制度和办证流程，设专人管理《出生医学证明》和加盖出生医学证明专用章。严禁空白《出生医学证明》加盖出生医学证明专用章。《出生医学证明》管理和签发机构要确保《出生医学证明》签发内容真实，严禁出具虚假信息《出生医学证明》。

**第七条** 卫生行政部门应协调各签发机构与妇幼保健服务机构建立良好的信息交流、协作机制，相互配合做好《出生医学证明》签发与孕产妇和儿童保健管理工作的衔接。

**第八条** 县卫健委每年对全县《出生医学证明》管理使用情况进行监督检查，县管理机构或委托管理机构至少每半年对辖区内各签发机构《出生医学证明》管理使用情况进行一次监督检查，并将检查结果报市卫健委。

### 第三章 印章管理

**第九条** 卫生行政部门或委托管理机构要严格按照《出生医学证明》专用章和补发专用章标准及式样统一刻制印章，配发至签发机构，并将印章式样抄送上级管理机构和同级公安机关备案。

**第十条** 签发机构变更名称或印章发生毁损、遗失等情况应当及时向卫生行政部门或委托管理机构报告，申请刻制新印章，并重新备案。旧印章在领用新印章时上交管理机构封存保管，同时在备案表上注明旧印章终止使用日期。印章遗失的须声明作废。

**第十一条** 签发机构被取消或暂停《出生医学证明》签发资质的，《出生医学证明》专用章交由辖区《出生医学证明》委托管理机构封存保管，并在留存的备案表上注明停止使用日期。管理机构应在备案表上注明停止使用日期，并抄告同级公安部门和上级管理机构及时更新备案表，同时妥善保管上交的出生医学证明专用章。

### 第四章 证件申领、发放

**第十二条** 《出生医学证明》由国家卫生健康委监制，并统一编号。任何单位和个人不得伪造、倒卖、转让、擅自出借《出生医学证明》或使用非法印制的《出生医学证明》，不得擅自跨机构、跨辖区借用空白《出生医学证明》。

**第十三条** 《出生医学证明》实行按属地逐级申领、发放制度。各签发机构根据本机构活产数及《出生医学证明》签发等情况按季度向县级委托管理机构上报申领计划(见附件2),县级委托管理机构核实汇总后上报滁州市妇计中心,滁州市妇计中心依据各地计划向上级部门申领后逐级发放。

**第十四条** 县级委托管理机构在办理各签发机构申领时,应查验单位介绍信、申领人有效身份证件、核对申领数量及编号。

**第十五条** 县级委托管理机构和签发机构应对领取的《出生医学证明》进行出入库登记(见附件3),做到账物相符,并按号码顺序发放、使用《出生医学证明》,不得跳号。

**第十六条** 县级委托管理机构和各签发机构应按规定时间上报《出生医学证明》申领计划和管理使用情况统计表。

**第十七条** 县级委托管理机构和签发机构应当妥善运送和保管《出生医学证明》,保管设施应当符合规定要求,即门锁、柜锁;铁门、铁栏窗和保险柜;防水、防火、防潮和防盗。发现《出生医学证明》丢失时,应当立即封锁现场,必要时向公安机关报案,并及时将情况逐级上报备案。遗失的《出生医学证明》须声明作废并登记为废证。

## 第五章 首次签发

**第十八条** 首次签发是指签发机构第一次为新生儿出具《出生医学证明》。首次签发分医疗机构内出生的新生儿和医疗机构外出生的新生儿两种签发情形。

医疗机构内出生新生儿是指在具有助产技术服务资质的医疗保健机构内出生的或在途中急产分娩并经具有助产技术服务资质的医疗保健机构处理的新生儿。

医疗机构外出生是指在具有助产技术服务资质的医疗保健机构外出生的新生儿。

医疗机构内出生的新生儿，其《出生医学证明》由出生机构直接签发。医疗机构外出生的新生儿，未取得过《出生医学证明》并拟落户本县的，由拟落户地县级委托管理机构签发。

**第十九条** 无法核定新生儿母亲信息的新生儿，不能获得《出生医学证明》。国内公民收养查不到生父母的婴儿以及社会福利机构抚养的孤儿，不予办理《出生医学证明》。

**第二十条** 为医疗机构内出生的新生儿申请办理《出生医学证明》，应填写《出生医学证明》首次签发登记表（见附件4）并提交以下材料：

（一）新生儿父母的有效身份证件（验原件，交复印件）；

新生儿母亲有效身份证件与住院分娩登记的产妇姓名等相关信息不一致的，需提交法定鉴定机构出具的亲子鉴定结论。

对于未提供新生儿父亲信息的，新生儿母亲应提供本人签字的书面声明。

(二) 领证人不是新生儿母亲，还需提供新生儿母亲签字的委托书(见附件5)及领证人有效身份证件(验原件，交复印件)。

**第二十一条** 医疗机构外出生新生儿办理《出生医学证明》，应由新生儿父母(监护人)申领并提交以下材料：

(一) 医疗保健机构外出生的《出生医学证明》首次签发登记表(见附件6)；

(二) 由新生儿父母(监护人)出具的“亲子关系声明”(见附件7)；

(三) 接生人员出具的接生人员身份信息及接生情况证明；

(四) 亲子(母子)鉴定证明；

(五) 新生儿父母(监护人)有效身份证件(验原件，交复印件)。

**第二十二条** 签发机构对当事人提交的申请材料审验无误后，按《出生医学证明》首次签发要求(见附件8)规范出具《出生医学证明》，并根据首签情形填写签发登记

本（见附件 9、附件 10），领证人在登记本上签字。

**第二十三条** 各签发机构应增强服务意识，合理设计签发流程，方便群众申领《出生医学证明》，办证时不得附加任何前置条件。应广泛宣传《出生医学证明》管理、申领和使用规定，指导孕产妇做好新生儿姓名、相关证明材料的准备。在明显位置公示办证流程和要求，告知家长应当及时为新生儿申领《出生医学证明》。

新生儿父母应在出院前申领《出生医学证明》。确因特殊情况出院前未申领的，须在出生一个月之内申领《出生医学证明》。

**第二十四条** 《出生医学证明》一经签发，证件记载的信息原则上不得变更。

## 第六章 换发

**第二十五条** 换发是指原签发机构为因当事人或签发机构责任导致原《出生医学证明》无效、或由公安机关提供相关证明不能进行出生登记、或提供亲子鉴定证明要求变更父亲或母亲信息的新生儿更换已签发的《出生医学证明》。

**第二十六条** 签发机构不得为当事人以变更新生儿姓名为理由换发《出生医学证明》。

**第二十七条** 当事人申请换发《出生医学证明》，应向原签发机构提出，并提交以下材料：



- (一) 《出生医学证明》换发申请表（见附件 11）；
- (二) 新生儿父母出具的书面申请；
- (三) 原《出生医学证明》正页（已入户的）或正副页（未入户的）；
- (四) 原《出生医学证明》存根复印件；

原《出生医学证明》为 2003 年 1 月 1 日前签发的，只提交原签发记录复印件。

- (五) 新生儿父母有效身份证件（验原件，交复印件）；  
原《出生医学证明》无父亲信息的，只提交新生儿母亲有效身份证件（验原件，交复印件）。

- (六) 领证人有效身份证件（验原件，交复印件）；

- (七) 其他有关证明材料，其中因不能出生登记的换发应提供户口登记机关出具的新生儿不能进行出生登记的证明，因变更父亲或母亲信息的换发应出具亲子鉴定证明。

**第二十八条** 原签发机构根据当事人提供的《出生医学证明》正、副页完整情况，按当事人换发原因核定相应材料后予以换发，同时填写换发登记表（见附件 12），换发后原证件由原签发机构归档保存。

**第二十九条** 有下列情形之一的，《出生医学证明》视为无效：

- (一) 《出生医学证明》手写时未用蓝黑色钢笔或碳素笔的；

(二) 《出生医学证明》被涂改的、填写字迹不清的、有关项目填写不真实的;

(三) 私自拆切《出生医学证明》副页的;

(四) 《出生医学证明》未加盖《出生医学证明》专用章的;

(五) 《出生医学证明》为非法印制的、伪造、倒卖、转让、出借的;

(六) 其他法律法规规定的无效情形。

## 第七章 补发

**第三十条** 补发是为因遗失、被盗等原因丧失《出生医学证明》原件正页或副页的新生儿补办《出生医学证明》。补发由原签发机构所在辖区县级委托管理机构签发。

**第三十一条** 补发《出生医学证明》只适用于1996年1月1日以后出生的新生儿。

**第三十二条** 补发必须由儿童父母或法定监护人向原签发机构申请办理,并提供以下材料:

(一) 《出生医学证明》补发申请表(见附件13);

(二) 新生儿父母出具的书面补发申请;

(三) 原《出生医学证明》作废公告;

(四) 原《出生医学证明》存根联复印件(2003年1月1日前签发的,提交原签发记录复印件);

- (五) 新生儿父母有效身份证件(验原件,交复印件);
- (六) 新生儿父母户口登记簿(验原件,交复印件);
- (七) 领证人有效身份证件(验原件,交复印件)。

**第三十三条** 原签发机构应对当事人提交的补发申请材料进行初审,材料齐全、真实有效的,应将当事人提交的申请材料,连同下列材料一并提交给辖区县级《出生医学证明》委托管理机构进行审核:

- (一) 原首次签发登记表复印件;
- (二) 无首次签发登记表的,应提交接生记录或住院分娩病历复印件等证明材料。

**第三十四条** 原签发机构辖区县级《出生医学证明》委托管理机构审验相关材料无误后给予补发,打印与原《出生医学证明》信息一致的新《出生医学证明》,加盖出生医学证明补发专用章后按规定发放,并填写补发登记表(见附件14)。

**第三十五条** 公安机关未办理出生登记前遗失《出生医学证明》者,补发《出生医学证明》正副页;办理出生登记后遗失《出生医学证明》者,只补发《出生医学证明》正页。

## 第八章 废证管理

**第三十六条** 《出生医学证明》废证是指在运输、存

储、发放过程中毁损、遗失的未签发的《出生医学证明》或因打印错误未签发的《出生医学证明》。

**第三十七条** 县级《出生医学证明》管理及签发机构应对《出生医学证明》废证的号码及报废原因等进行登记，在《出生医学证明》三联上分别进行作废标识，并填写《出生医学证明》废证登记表（见附件 15），连同废证原件（遗失的除外），每年按时上交辖区县级《出生医学证明》委托管理机构。县级《出生医学证明》委托管理机构做好严格登记后上报市妇计中心，汇总后上报省妇女儿童保健中心集中销毁。

**第三十八条** 县级《出生医学证明》管理机构及签发机构应加强废证的管理，严格控制废证率。卫生行政部门或其委托管理机构应对年度废证率超过 1% 的单位进行督导，责令整改，并要求提交书面整改报告。

## 第九章 真伪鉴定

**第三十九条** 《出生医学证明》的真伪鉴定工作由申请鉴定的户口登记机关所在的县级《出生医学证明》委托管理机构统一受理和反馈。

**第四十条** 户口登记机关在进行户口登记时，如发现可疑《出生医学证明》，暂不予办理户口登记，填写《出生医学证明》真伪鉴定申请书（见附件 16）连同可疑证件原

件一起送至辖区县级《出生医学证明》委托管理机构进行真伪鉴定。

**第四十一条** 县级《出生医学证明》委托管理机构要对证件载体作真伪鉴定和证件记载信息进行核查。证件签发机构为辖区机构的，调阅相关病历核查证件记载信息；证件签发机构为辖区外机构的，应协调签发地县区级卫生行政部门或其委托机构核查证件记载信息。

**第四十二条** 在对证件载体和证件记载信息核查后，县级委托机构应出具《出生医学证明》真伪鉴定书（见附件17），鉴定书与《出生医学证明》的原件一起及时反馈至户口登记机关，鉴定书与《出生医学证明》复印件及相关核查记录一起留档保存。

**第四十三条** 县级委托机构无法鉴定的可送至上一级卫生行政部门或其委托机构进行鉴定。

**第四十四条** 外地请求协助《出生医学证明》真伪鉴定的，应由申请地《出生医学证明》管理机构或委托管理机构以公函形式进行申请，签发机构所在县区级《出生医学证明》委托管理机构统一受理和反馈。签发机构所在县区级《出生医学证明》委托管理机构负责进行《出生医学证明》信息核查，核查后出具《出生医学证明》信息核实结论书（见附件18）。

**第四十五条** 县级卫生行政部门或其委托机构发现伪

假证件时应当将证件复印件和真伪鉴定书逐级报送至国家卫生健康委备案。

## 第十章 信息与档案

**第四十六条** 全县统一使用《滁州市妇幼健康信息平台》信息系统填写、打印《出生医学证明》，县妇计中心负责该信息系统的日常维护，以及授权签发机构进行《滁州市妇幼健康信息平台》网络签发。

**第四十七条** 县级委托管理机构应定期了解辖区内签发机构名单、签发人员变动情况并做好变动备案登记，对于撤销母婴保健技术执业资格机构，应及时回收其《出生医学证明》空白证、专用章，封存其《出生医学证明》的有关原始档案，后续签发权限交由所在县级《出生医学证明》委托管理机构，并做好交接保管。

**第四十八条** 县级管理机构和签发机构及其工作人员，应对新生儿及其监护人提供的个人资料严格保密并妥善保存。

**第四十九条** 《出生医学证明》管理和签发机构应当建立《出生医学证明》台账，定期核查领取数、发放数、废证数和库存数，做到底清账明。《出生医学证明》申领登记本、《出生医学证明》签发登记表、《出生医学证明》存根以及申请人提交有关证明材料和电脑保存电子文档等相关资

料均应按档案管理要求，按首次签发、换发、补发分类进行管理、归档，永久保存。

## 第十一章 责任

**第五十条** 实行《出生医学证明》管理与签发人员终身责任追究制度。县级《出生医学证明》管理和签发机构单位主要负责人为第一责任人，《出生医学证明》管理和签发人员须签订《出生医学证明》终身责任制承诺书（见附件19），加强医务人员医德医风和法治教育，严厉惩处违法违纪行为。

**第五十一条** 医疗保健机构或人员未经卫生行政部门母婴保健助产技术服务许可，擅自出具《出生医学证明》的，依据《中华人民共和国母婴保健法实施办法》第四十条规定，由当地卫生行政部门给予警告，责令停止违法行为，没收违法所得。违法所得5000元以上的，并处违法所得3倍以上5倍以下的罚款；没有违法所得或违法所得不足5000元的，并处5000元以上2万元以下的罚款。

**第五十二条** 对于出具虚假《出生医学证明》的有关责任人，依据《中华人民共和国母婴保健法》第三十七条、《中华人民共和国母婴保健法实施办法》第四十一条有关规定，依法给予行政处分；造成严重后果的，由发证部门撤销其相应的母婴保健技术执业资格或者医师执业证书。

**第五十三条** 对于违反本办法其他规定的管理机构、签发机构或工作人员，由卫生行政部门责令改正，情节严重的取消签发《出生医学证明》资格，并给予有关责任人行政处分；构成犯罪的，依法追究刑事责任。

## 第十二章 附则

**第五十四条** 《出生医学证明》免费签发。

**第五十五条** 本细则自下发之日起实施。

**第五十六条** 对于复杂、疑难情况《出生医学证明》的签发，各签发机构应建立集体讨论制度，报辖区县级卫生行政部门和委托管理机构开展《出生医学证明》专题研究后方可签发。

**第五十七条** 本细则中的有效身份证件指居民身份证、护照、港澳居民来往内地通行证、台湾居民来往内地通行证或居民户口簿。



## 附件

- 1: 《出生医学证明》签发机构及印章备案表
- 2: -----年度《出生医学证明》申领计划表
- 3: 《出生医学证明》出入库登记簿
- 4: 《出生医学证明》首次签发登记表
- 5: 办理《出生医学证明》授权委托书
- 6: 医疗保健机构外出生的《出生医学证明》首次签发  
登记表
- 7: 亲子关系声明
- 8: 《出生医学证明》首次签发要求

附件 1

## 《出生医学证明》签发机构及印章备案表

组织机构名称		组织机构代码	
是否具有助产技术服务资质		是 <input type="checkbox"/>	否 <input type="checkbox"/>
法人代表			
分管领导姓名		职 务	
联系电话			
证件申领人	姓 名		联系电话
	身份证号码		
签发人	姓 名		联系电话
	身份证号码		
印章管理人	姓 名		联系电话
	身份证号码		
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：	

单位盖章：

填表日期：            年        月        日

附件 2

\_\_\_\_\_年度《出生医学证明》申领计划表

上报单位（盖章）：

证件名称	年度计划 (套)	第一季度计划 (套)	第二季度计划 (套)	第三季度计划 (套)	第四季度计划 (套)
出生医学证明					

负责人：\_\_\_\_\_填表人：\_\_\_\_\_填表日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日



## 附件 4

## 《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	省	市	县(区)	医疗机构名称	
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:		填表日期:		年	月 日
新生儿姓名及其父母相关信息					
新生儿姓名					
母亲信息	姓名		年龄		
	国籍		民族		
	住址				
	有效身份证件类别				
	有效身份证件号码				
父亲信息	姓名		年龄		
	国籍		民族		
	住址				
	有效身份证件类别				
	有效身份证件号码				
领证人	姓名		与新生儿关系		
	有效身份证件类别				
	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					

注: 1. 在首次签发登记表背面粘贴《出生医学证明》存根、新生儿父母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。

3. 新生儿父母应在出院前申领出生证。确因特殊情况出院前未申领的, 须在出生一个月之内申领出生证。

附件 5

办理《出生医学证明》授权委托书

委托人姓名（新生儿母亲）：

有效身份证件类型：                      有效身份证件号码：

联系电话：

受委托人姓名：                              性别：

有效身份证件类型：                      有效身份证件号码：

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：

\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

受委托人签字：

\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

## 附件 6

## 医疗机构外出生的《出生医学证明》首次签发登记表

分娩信息、婴儿姓名及其父母相关信息									
婴儿姓名		性别		出生日期		年	月	日	时 分
出生地	省 市 县(区)					出生孕周	周		
出生孕周	周	出生体重	克		出生身长	厘米			
母亲信息	姓名			年龄					
	国籍			民族					
	有效身份证件类别								
	有效身份证件号码								
父亲信息	姓名			年龄					
	国籍			民族					
	有效身份证件类别								
	有效身份证件号码								
家庭住址									
领证人	姓名			与婴儿关系					
	有效身份证件类别								
	有效身份证件号码								
领证人需提交的证明材料									
1. 由婴儿父母或监护人出具的“亲子关系声明”( )； 2. 婴儿与其父母(监护人)亲子关系的旁证： (1) 接生人员出具的接生人员身份信息及接生情况证明( )； (2) 亲子鉴定证明( )。									
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					

注：1. 医疗机构外出生新生儿办理出生证，应由新生儿父母（监护人）申领。

2. 表中的婴儿姓名及其父母相关信息由领证人填写。所有项目要字迹清楚。若出现涂改，相应内容须由领证人签字确认。

3. 接生人员出具的接生人员身份信息及接生情况证明如因时间太久或相关单位已消失等原因确实无法提供的，签发机构应调查属实后方可签发。

附件7

亲子关系声明

\_\_\_\_\_ (婴儿姓名), \_\_\_\_\_ (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:

出生时间:                    年                    月                    日                    时

出生地:                    省                    县(市、区)                    乡(镇)                    村

由    (接生人员姓名) 接生, 与婴儿关系 \_\_\_\_\_

因    原因, 未在医院出生

出生时婴儿状况 1、好                    2、一般                    3、差

以上情况若不属实, 愿负法律责任。

母亲签名                    身份证号    日期

父亲签名                    身份证号    日期

(或监护人签名    日期    )

证明人签名    日期

证明人与婴儿关系



## 《出生医学证明》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。签发机构审验新生儿父母有效身份证件原件并留存复印件后，按照《出生医学证明首次签发登记表》内容签发，如领证人不是新生儿母亲，还需提供新生儿母亲签字的委托书以及领证人本人有效身份证件原件。签发时应当使用规范汉字和符合国家标准的数字符号打印，不得涂改，并做好签发登记。

### 一、医疗机构内分娩首次签发要求

#### （一）新生儿信息

1. 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。

2. 在具有助产技术服务资质的医疗保健机构内出生的，“医疗机构名称”栏填写该机构名称，其他情形填写“/”。

#### （二）新生儿父母信息

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。

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”栏按照其提供的居民身份证、护照、港澳居民来往内地通行证、台湾居民来往内地通行证或居民户口簿的号码填写。

7. 未提供新生儿父亲信息的，新生儿母亲应当提供本人签字的书面声明，签发机构可在《出生医学证明》上父亲信息的相应栏目处填写“/”。

8. 对于新生儿母亲有效身份证件原件与住院分娩登记的产妇姓名等相关信息不一致的，领证人应当提供法定鉴定机构有关亲子鉴定的证明。

### （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。

## 二、医疗机构外分娩首次签发要求

《出生医学证明》依据亲子关系声明和亲子鉴定证明填写，仅填写新生儿父母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，其他信息划“/”，其余相关信息填写要求与医疗机构内分娩首次签发要求相同。

附件 9

《出生医学证明》首次签发登记本

序号	领证日期	母亲姓名	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	领证人签名	签发人签名	盖章人签名

附件 10

## 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	新生儿姓名	性别	出生日期	出生证编号	领证人有效身份证号码	领证人签名	签发人签名	盖章人签名

## 附件 11

## 《出生医学证明》换发申请表

原证编号			
新生儿姓名		新生儿性别	
新生儿母亲	姓 名		
	有效身份证件类型		
	有效身份证件号码		
申请换发原因			
原证正、副页交回情况		正页 <input type="checkbox"/>	正页和副页 <input type="checkbox"/>
领证人需提供和提交的证明材料			
1. 新生儿父母的书面申请 ( ) 2. 原签发机构提供的签发记录复印件 ( ) 3. 新生儿父母有效身份证件原件和复印件 ( ) 4. 领证人的有效身份证件原件和复印件 ( ) 5. 其他 _____			
领 证 人	姓名		与新生儿 关系
	有效身份证件类别		
	有效身份证件号码		
<p>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。</p> <p>领证人签字：</p> <p>填表日期：     年     月     日</p>			

注：在换发申请表背面粘贴书面申请、原证的正页或正、副页等相关证明材料和换发后的《出生医学证明》存根（/副页）。

附件 12

### 《出生医学证明》换发登记本

序号	领证日期	母亲姓名	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	领证人签名	签发人签名	盖章人签名

## 附件 13

## 《出生医学证明》补发申请表

原证编号				
申请补发原因				
新生儿姓名		新生儿性别		
新生儿母亲	姓 名			
	有效身份证件类型			
	有效身份证件号码			
办理户口登记情况	<input type="checkbox"/> 已办理户口登记 <input type="checkbox"/> 未办理户口登记			
领证人需提供和提交的证明材料				
1. 新生儿父母的书面申请 ( ) 2. 原签发机构提供的签发记录复印件 ( ) 3. 无首次签发登记表的, 应提交接生记录、住院分娩病历复印件等证明材料 ( ) 4. 新生儿父母有效身份证件原件和复印件 ( ) 5. 领证人的有效身份证件原件和复印件 ( ) 6. 新生儿父母户口登记簿原件和复印件 ( ) 其他 _____				
领 证 人	姓名		与新生儿关系	
	有效身份证件类别			
	有效身份证件号码			
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。  领证人签字:  填表日期:     年     月     日				

注: 在补发申请表背面粘贴书面申请、原证签发记录等相关证明材料和补发后的《出生医学证明》存根 (/副页)。

### 《出生医学证明》补发登记本

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



附件 15

《出生医学证明》废证登记本

序号	日期	出生证编号	废证原因			审核人签名	经办人签名
			打印或填写错误	遗失	其他		

注：请按废证原因在相应栏目打“√”。

附件 16

## 《出生医学证明》真伪鉴定申请书

-----妇幼保健计划生育服务中心:

根据国家卫生和计划生育委员会和公安部《关于启用和规范管理新版〈出生医学证明〉的通知》(国卫妇幼发〔2013〕52号)要求,本所申请对编号为-----的《出生医学证明》进行真伪鉴定。

附:《出生医学证明》原件

派出所名称:

经办民警:

联系电话:

(户籍章)

申请日期:

附件 17

## 《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 <input type="checkbox"/> 假 <input type="checkbox"/>			
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 18

## 安徽省《出生医学证明》信息核实结论书

(签发地鉴定机构使用)

新生儿姓名		证件编号	
签发机构名称			
申请鉴定机构名称			
申请人		申请日期	年 月 日
<b>真伪鉴定结果</b>			
信息核实结果: 真 <input type="checkbox"/> 假 <input type="checkbox"/>			
鉴定机构 (盖章)			
经办人签字:		报告日期:	年 月 日

## 《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益具有重要意义。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》相关管理规定。

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应予保密。

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的卫生计生行政管理部门存档。

承诺人：

机构盖章：

日期：

