关于出生医学证明的管理办法（修订）

（公开征求意见稿）

1. 总则

第一条 为加强母婴保健，维护公民合法权益，规范出生医学证明管理，根据《中华人民共和国母婴保健法》等法律法规和政策规定，结合我省实际，制定本管理办法。

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，证明新生儿出生时活产状态、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。

第三条 广东省境内各级卫生健康行政部门、公安机关，各级医疗保健机构及其相关工作人员均应遵守本管理办法。

第四条凡在广东省境内具有助产技术服务资质的医疗保健机构（以下简称助产机构）内出生的新生儿，或助产机构外出生且拟在本省落户的新生儿，应当依法在我省获得国家卫生健康委统一制发的出生医学证明。

1. 工作职责

第五条 出生医学证明实行逐级申领与发放制度，各级卫生健康行政部门负责辖区内出生医学证明的申领、发放、废证处理、信息统计、监督指导、使用培训等工作，以及真伪鉴定设备的申领、发放，委托同级妇幼保健机构为具体管理机构（以下简称管理机构）。

各级公安机关负责依据出生医学证明办理出生登记，组织查处伪造、使用虚假出生医学证明及其印章的违法犯罪行为。

第六条 出生医学证明由助产机构或县级管理机构签发（以下简称签发机构）。出生医学证明一经签发，签发机构对证件记载的信息原则上不作变更。

第七条 各县级卫生健康行政部门对本辖区签发机构进行审核登记，发文予以公布，并报同级公安机关、上一级管理机构备案。

第八条 各级公安机关在办理出生登记时应初步查验出生医学证明，核实所载信息，据此为新生儿办理户口，同时保留出生医学证明副页作为原始凭证；“出生一件事”多证联办的，公安机关在办理入户时，打印实现共享的出生医学证明电子证照作为原始凭证。

第九条公安机关无法核实出生医学证明真伪的，在5个工作日内送公安机关所在地的县级管理机构真伪鉴定。县级管理机构应在15个工作日内将核验结果反馈公安机关；需送市级、省级管理机构进行鉴定的，原则上本级15个工作日内给予反馈；需送国家管理机构进行鉴定的，按实际需要延长反馈时限。涉外的出生医学证明真伪核查由省级管理机构受理。

管理机构对证件载体进行真伪鉴定，并协调签发地县级管理机构对证件记载信息进行核查。经核查后，管理机构出具书面鉴定结论，并反馈公安机关。

发现伪假证件的，县级管理机构应及时通报当地公安机关，协助查处制假、用假等违法行为；逐级报告至省卫生健康委、省公安厅；同步将证件复印件和真伪鉴定书逐级报送至中国疾病预防控制中心妇幼保健中心备案。

第十条 各级管理机构在每年10月30日前，根据当年活产数制定计划，逐级上报，如有超计划申领的，经上一级管理机构批准后方可执行。市、县两级管理机构负责辖区内出生医学证明调配工作，未经审核同意严禁跨地区或签发机构之间流通、借用出生医学证明。

第十一条 签发机构应分设专人负责出生医学证明和印章管理（含电子印章），并将名单报上一级管理机构备案。出生医学证明保管场所应有门锁、柜锁、铁门、铁栏窗和保险柜。禁止在空白出生医学证明上盖章。

第十二条 加强孕产妇的“人证合一”身份审验，在入院、产科产房和签发窗口等重点环节利用人脸识别技术核实，并将核实人员及结果记录在相关文书中。特殊情况的，留存相关影像资料。拒绝提供真实身份信息的，以及涉嫌使用伪造、变造或者盗用他人居民身份证、护照等依法可以用于证明身份的证件的，及时报辖区公安机关。

第十三条 管理机构和签发机构使用广东省出生医学证明管理信息系统进行管理和签发，按号码顺序配发、使用。市、县级管理机构负责辖区内各签发机构的系统账号、权限申请和备案等管理工作，不得多人共用账号。

助产机构内出生的新生儿，应在产妇分娩后3个工作日内在广东省出生医学证明信息系统建立档案。因急产等特殊原因造成助产机构外出生的新生儿，由原“家庭接生员”、出诊处理医疗保健机构（无助产服务资质）将接产、处置医疗记录复印件在3个工作日报辖区县级妇幼保健院，由县级妇幼保健院核实后在广东省出生医学证明信息系统建立档案。

第十四条 各级管理、签发机构要建立出生医学证明管理制度，做好信息保密工作。无法通过广东省出生医学证明管理信息系统办理相关业务的，需提交《广东省出生医学证明信息管理系统后台操作申请表》，经审核通过后由省妇幼保健院统一安排调整。

第十五条 市级卫生健康行政部门每年3月1日前上报出生医学证明管理使用情况年度统计表和出生医学证明废证登记表，加盖公章后报省妇幼保健院。

第十六条县级卫生健康行政部门要严格按照国家卫生健康委、公安部规定的印章规格及式样刻制出生医学证明专用章和补发专用章，将印章式样抄送同级公安机关和上一级卫生健康行政部门备案。

申请出生医学证明电子印章，需经县级卫生健康行政部门盖章后报省妇幼保健院及省政务服务数据管理局，进行电子印章制作和系统参数设置。

1. 签发

第十七条 出生医学证明签发包括首次签发、换发和补发。各地在签发过程中对本办法中的规定进行的细化要求，需报备省卫生健康委，各助产机构应及时向群众做好签发政策的宣传告知工作。

第十八条 出生医学证明签发要求：

（一）按照编号顺序逐一签发，不得跳号；

（二）现场领取时，“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手工签字，其余项目全部由系统打印。邮寄到家或多证联办等非现场方式领取的，领证人员签字处由系统打印，签发人员手工签字，其余项目全部由系统打印。做到项目齐全、内容准确，字迹清楚，严禁涂改。

（三）在每联规定位置加盖出生医学证明专用章或补发专用章；

（四）出生医学证明正页由新生儿监护人保存，副页由公安机关留存，存根联由签发机构留存。

实现“出生一件事”多证联办的地区，为符合“出生一件事”办理条件的群众签发正页，副页由签发机构每半年移交机构所在地县级公安机关留存；签发时新生儿明确死亡的，仅签发出生医学证明正页，并标注“已死亡”。

1. 出生医学证明原则上由新生儿母亲和父亲申领，非新生儿父母申领的要补充监护人证明材料，委托他人办理的要提供监护人授权委托书并经公证部门公证。申领人及领证人应具有完全民事行为能力。
2. 申请首次签发的，由新生儿母亲通过“申领出生医学证明小程序”网上发起申办，拟记载的新生儿父母均需刷脸身份认证；特殊情况无法网上办理的，应由新生儿父母亲双方现场申领，单亲申请的仅申请方到场。
3. 申请换发或补发的，由新生儿父母亲现场申办，特殊原因申请签发单亲信息的，申请方现场申办。

第十九条在助产机构内出生的新生儿，由该机构直接签发；在途中急产分娩并由助产机构处理的新生儿，由该机构签发。在助产机构外分娩的新生儿，由拟落户地县级管理机构签发；申领时原分娩的助产机构已停止签发职能的，由原分娩机构所在地县级管理机构签发。

第一节 首次签发

第二十条 首次签发是指签发机构第一次为新生儿签发出生医学证明。

第二十一条 原则上应在新生儿出生后3个月内完成出生医学证明申领，由新生儿母亲发起网上申请，经父母刷脸认证和电子签名确认后，选择邮寄到家或预约现场领取，申请签发双亲信息预约现场领取的，新生儿父母一方持双亲有效身份证件领取。

第二十二条新生儿父母有效身份证件与住院分娩登记的信息不一致的，应查验新生儿父母与住院分娩登记的为同一人的证明材料，否则提供亲子鉴定证明，对于住院分娩时刷脸认证通过的，不予变更新生儿母亲信息。

第二十三条新生儿姓氏按照《中华人民共和国民法典》等有关法律要求应当随父姓或者母姓。选取直系长辈血亲姓氏的，需提交登记有直系血亲关系的居民户口簿或者亲属关系证明或者公证机构的亲属关系公证材料。

新生儿中文姓名应当使用通用规范汉字填写。

第二十四条 签发机构应对申请材料进行审核后，打印出生医学证明，由签发人员签名。专用章管理人员对住院病历及打印信息核对后加盖出生医学证明专用章，并做好登记。

第二十五条 助产机构外出生新生儿的出生医学证明，由拟入户地县级管理机构签发。符合以下情形之一者可以签发：一是由原“家庭接生员”接生的；二是因急产分娩在不具备助产技术服务资质的医疗保健机构进行了处理的；三是因急产分娩由“120”出诊进行了处理，但出诊机构不是助产机构的。

不符合上述签发情形，以及助产机构外出生已经入户登记的，不予签发。

第二十六条助产机构外出生新生儿的出生医学证明申领需要提供：新生儿父母有效身份证件、《助产机构外出生的出生医学证明首次签发登记表》、亲子关系声明、亲子鉴定和符合机构外签发情形的佐证材料。

第二十七条 因特殊原因，无法发起网上申领的，由新生儿父母双方现场申领，单亲申请的仅申请方到场，留存现场实人影像资料，需提交以下材料：

（一）出生医学证明首次签发登记表；

（二）新生儿父母的有效身份证件；

（三）未提供新生儿母亲或父亲信息的，新生儿母亲或父亲应提供本人单亲声明；

（四）新生儿父亲申请办理，但母亲信息无法提供或无法核实的，需提交新生儿与父亲亲子鉴定证明并刷脸认证；

（五）非新生儿本人或非新生儿父母申请或领取出生医学证明的，应提交新生儿父母签名的授权委托书及委托办理人有效身份证件，授权委托书需经公证部门公证；

（六）原分娩机构已停止签发职能的，提供住院病历复印件或住院分娩证明，有接产记录但无相关病历的，需提供医院接产证明及亲子鉴定证明；

（七）申请打印父母双方信息，但一方无法现场或网上刷脸确认的，无法到场的父亲或母亲一方近亲属需现场确认，并补充提供人民法院出具的未提出申请方的限制民事行为能力证明、子女抚养权判决书、无民事行为能力证明、失踪证明、死亡证明等证明材料之一。

1. 换发

第二十八条 换发是指签发机构为因出生医学证明无效或失效的，或具有下列情形之一的新生儿，换发出生医学证明：

（一）无法进行出生登记的（含新生儿姓名使用非通用规范汉字的），应提供户口登记机关出具的换发函材料；

（二）因原出生医学证明记载父亲、母亲信息不真实的（住院分娩时刷脸认证通过的，以住院病历登载新生儿母亲信息为准）。

第二十九条 有下列情形之一的，出生医学证明无效或失效：

（一）出生医学证明被涂改、字迹不清或项目填写不真实的；

（二）私自拆切出生医学证明副页的；

（三）未加盖出生医学证明专用章或补发专用章，或用其它印章代替的；

（四）出生医学证明因撕损等原因导致重要信息缺失的；

（五）其他原因导致出生医学证明无效的。

第三十条 换发出生医学证明，须提交以下材料：

（一）出生医学证明换发申请表；

（二）新生儿父母的有效身份证件及书面申请；

（三）因原出生医学证明记载父亲、母亲信息不真实申请变更父亲和母亲双方信息的，提供双亲和新生儿的亲子鉴定证明，仅申请变更父亲或母亲一方信息的，提供变更方和新生儿的亲子鉴定证明（新生儿姓氏可随父母信息变更相应调整）；

（四）新生儿父母使用军官证信息签发的，现申请变更为居民身份证件信息的，应提供团级及以上单位出具的证明为同一人的证明材料；

（五）助产机构外出生的换发按照助产机构外出生的首次签发要求补充提供相关材料；首次签发时提供虚假证明的，责任人要到现场填写相关情况说明；

（六）因签发机构原因致出生医学证明无效或无法使用的，签发机构应出具相关情况说明（加盖单位公章），与换发资料一同归档。

（七）原分娩机构已停止签发职能的，提供住院病历复印件或住院分娩证明，有接产记录但无相关病历的，需提供医院接产证明及亲子鉴定证明。

第三十一条 首次签发时新生儿父母身份信息使用“十五位”公民身份号码的，不予换发。

第三十二条 无效出生医学证明由原签发机构换发，原签发机构已经注销或已停止签发职能的，由原签发机构所在地县级管理机构换发。不得异地换发出生医学证明。

第三十三条 申请人持出生医学证明正、副页的，可以换发正、副页；办理入户后申请换发的，只换发正页；因原出生医学证明记载母亲、父亲信息不真实的，应先注销以虚假信息登记的户口，后凭公安部门出具的《户口注销证明》换发正、副页；未办理入户前副页遗失的，需经公安部门协查入户情况后换发。

第三十四条 换发机构审验相关资料，经单位法定代表人或其委托人批准后予以换发，加盖出生医学证明专用章。

第三节 补发

第三十五条 补发是指为遗失出生医学证明的新生儿补办出生医学证明。补发机构为原签发机构所在地县级管理机构。

第三十六条 签发出生医学证明并已生成电子证照的，不再补发国家统一制发的出生医学证明；有需要的，新生儿父母凭有效身份证件到原签发机构所在县级管理机构申请，利用省出生医学证明电子证照系统打印电子证照并盖补发专用章，作为出生医学证明有效凭证。

第三十七条 需要申请补发国家统一制发出生医学证明的，提交以下材料：

（一）出生医学证明补发申请表和书面申请；

（二）原首次签发登记表，没有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，证明材料需加盖原签发机构管理部门印章；

（三）新生儿父母的有效身份证件；

（四）因入户、出国等特殊需要使用国家统一制发出生医学证明的，须提供公安机关、驻华移民等部门出具的补发函。

（五）原分娩机构已停止签发职能的，提供住院病历复印件或住院分娩证明，有接产记录但无相关病历的，需提供医院接产证明及亲子鉴定证明。

第三十八条 县级管理机构审核相关材料，经单位法定代表人或其委托人批准后，补发与原出生医学证明信息一致的新出生医学证明，加盖补发专用章。入户前要求补发的，补发正、副页；入户后申请补发的，只补发正页。

第三十九条出生医学证明遗失，且申请变更原证记载信息的，应满足换发条件，由补发机构办理，补发机构应将有关信息及时通报原证和补发新证记载父母户籍所在地县级公安机关。因原出生医学证明遗失且信息不真实需注销户口的，凭公安部门出具的原户籍注销材料补发正、副页。

第四章 出生医学证明档案管理

　　第四十条 各级管理和签发机构为出生医学证明相关档案管理责任主体。县级管理机构负责签发资质取消的助产机构的出生医学证明档案管理。

　　第四十一条 出生医学证明档案的保管期限为永久保存，归档范围主要包括以下内容：

　　（一）出生医学证明存根；“出生一件事”多证联办的，还应归档出生医学证明副页；

　　（二）出生医学证明首次签发登记表（含网上申办专用表）、换发申请表、补发申请表；

（三）其他文件材料：亲子鉴定证明、公安机关出具的证明材料、出生医学证明签发登记本，邮政速递揽件签收登记表、其他相关材料。

第四十二条 积极推进出生医学证明档案信息化管理。各出生医学证明档案保管单位应当依法依规提供档案信息查询及相关证明材料

　　第四十三条 出生医学证明档案不得外借，仅限于当场查阅、摘抄和复印，复印的出生医学证明档案需加盖档案保管部门的印章方为有效，公安、检察院和法院等部门在执法中查阅个人出生医学证明档案需出具有关协查函；严禁涂改、圈划、批注、污损、伪造、抽换及损毁出生医学证明档案。

第五章 废证管理

第四十四条 出生医学证明废证是指在运输、存储、发放过程中毁损、遗失的空白出生医学证明或因打印填写错误未签发的证件。广东省出生医学证明管理系统对投入使用超过2年的证件限制打印签发，这类证件也按废证处理。

第四十五条 空白出生医学证明因毁损需更换的，管理机构、签发机构应持原空白出生医学证明正页、副页和存根三联向上一级管理机构申请更换。

第四十六条 遗失未签发的出生医学证明，应作为废证在公开发行的报纸上声明。一次遗失5张以上的，应立即封锁现场，向公安机关报案；所在地县级卫生健康行政部门应逐级上报至中国疾病预防控制中心妇幼保健中心备案。

第四十七条各级管理机构应对出生医学证明废证号码及报废原因等进行登记，通报同级公安机关，在广东省出生医学证明管理系统中标记，连同废证原件，于每年6月30日前逐级上报至市级管理机构集中销毁。

第四十八条 各级管理机构、签发机构应加强废证管理，严格控制废证率，建立定期通报制度。卫生健康行政部门逐级对年度废证率超过1%的地区、签发机构进行督导，下级单位按要求提交书面整改报告。

第六章 法律责任

第四十九条出生医学证明管理和签发实行责任追究制度。各级管理和签发机构单位主要负责人为第一责任人，实行管理和签发人员终身责任追究制度。

第五十条 从事母婴保健的工作人员出具虚假出生医学证明的，按照《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、《中华人民共和国医师法》第二十四条等处理；对于泄露签发档案信息的，依法进行处理；对于参与伪造、变造、买卖出生医学证明的，按照《中华人民共和国刑法》第二百八十条、《中华人民共和国治安管理处罚法》第五十二条等有关法律进行处理。

第五十一条 对于违反出生医学证明管理规定的签发机构，由上级卫生健康行政部门按规定给予处理。

第五十二条 当事人涉及伪造身份证明或其他资料，导致出生医学证明记载内容不真实的，签发机构应收回并予以注销，有关情况应通报当地卫生健康行政部门和证件所载新生儿父母户籍所在地县级公安机关。

第五十三条 因当事人故意损坏、骗取、冒领出生医学证明的，将当事人纳入严重失信人名单，由相关部门联合惩戒。

第七章 附则

第五十四条 本管理办法中涉及的有效身份证件是指居民身份证（含电子证照）、护照、港澳居民来往内地通行证、台湾居民来往内地通行证、居民户口簿及港澳台居民居住证。

第五十五条本办法所指的签发范围仅限于出生于1996年1月1日及以后的新生儿。1996年1月1日之前出生的新生儿，以出生公证书为合法有效证件。无法核实母亲和父亲信息的弃婴和儿童及社会福利院抚养的孤儿不予签发出生医学证明，按有关规定执行。

第五十六条本管理办法中涉及的亲子鉴定证明须由公安机关或广东省省级司法部门备案并具有亲子鉴定资质的机构出具。各市级卫生健康行政部门可依法委托司法行政部门编制名册中的三家司法鉴定机构进行鉴定。

第五十七条 本管理办法由广东省卫生健康委、省公安厅负责解释。

第五十八条 本管理办法自2022年 月 起施行，原有关规定与本管理办法不一致的，以本管理办法为准。

附件：1.出生医学证明首次签发登记表

2.出生医学证明首次签发登记表（网上申办专用）

3.助产机构外出生的出生医学证明首次签发登记表

4.助产机构外出生的出生医学证明首次签发核查表

5.跨区域助产机构外出生核查表

6.办理出生医学证明授权委托书

7.亲子关系声明

8.出生医学证明换发申请表

9.出生医学证明补发申请表

10.出生医学证明废证登记表

11.年度出生医学证明申领计划表

12.出生医学证明入库登记本

13.出生医学证明出库登记本

14.出生医学证明首次签发登记本

15.出生医学证明换发登记本

16.出生医学证明补发登记本

17.助产机构外出生的出生医学证明首次签发登记本

18.出生医学证明管理使用情况年度统计表

19.单亲办理出生医学证明声明书

20.“广东省出生医学证明信息管理系统”后台操作申请表

21.关于换发和补发《出生医学证明》的函

22.出生医学证明签发知情告知书

23.注销户口证明

附件1

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | |  | | | | 出生时间 | | | | 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） | | | | | | | | | | 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。 |

**首次签发需提交材料要求说明：**

　　（一）出生医学证明首次签发登记表；表中的分娩信息、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员签字确认；

　　（二）新生儿父母的有效身份证件；未提供新生儿父亲或母亲信息的，新生儿父亲或母亲须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或母亲信息的相应栏目处填写“∕”，新生儿父亲或母亲死亡或失踪等无法提供有效身份证件而需要在出生医学证明上打印其信息的，需提供死亡证明或户籍注销证明，死亡或失踪方直系亲属到场确认；

　　（三）助产机构外分娩的提供亲子鉴定证明；提供单方亲子鉴定证明的，出具出生医学证明时，只打印已鉴定方信息，提供双方亲子鉴定证明的，打印父母双方信息；

　　（四）原分娩机构已停止签发职能的，提供住院病历复印件或住院分娩证明，否则需提供亲子鉴定证明，其《出生医学证明首次签发登记表》“分娩信息”由新生儿出生医院的原接生人员填写，原接生人员不在岗的，由新生儿出生医院提供正式的情况说明后（盖单位公章）由签发单位填写。

**有关信息填写说明：**

新生儿父母一方或者双方为外籍人士的，“新生儿姓名”栏可填写中文或英文，也可同时打印中文和英文姓名（英文名在前），中文姓名需用国家通用规范汉字填写（新生儿姓名一经签发原则上不能变更）；“出生日期”采用公历日期，用阿拉伯数字填写；“年龄”栏填写新生儿出生时其父母年龄；其他信息应填写中文；新生儿父亲或母亲为香港、澳门或台湾居民的，在“国籍”栏分别填写“中国（香港）”、“中国（澳门）”或“中国（台湾）”；未提供民族信息的，“民族”栏可填“/”；“住址”填写其有效身份证件地址或现地址（中国大陆住址）。

《首次签发登记表》新生儿母亲和父亲有效身份证件与住院分娩登记的信息不一致的，应查验新生儿父母亲与住院分娩登记的父母亲为同一人的证明材料，否则提供亲子鉴定证明；对于产妇住院时刷脸认证通过的，需提供必要的指纹或笔迹鉴定等实际分娩证明材料。

新生儿姓氏按照《中华人民共和国民法典》等有关法律要求应当随父姓或者母姓，选取直系长辈血亲姓氏的，需提交登记有直系血亲关系的居民户口簿；居民户口簿不能反映亲属关系但是历史户籍档案等能够反映的，提交户籍地公安派出所出具的亲属关系明；居民户口簿、历史户籍档案均不能核实体现亲属关系的，提交公证机构出具的亲属关系公证。

附件2

出生医学证明首次签发登记表

（网上申办专用）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **分 娩 信 息** | | | | | | | | | |
| 产妇姓名 |  | | | 住院病历号 | |  | | | |
| 新生儿性别 |  | | | 出生时间 | | 年 月 日 时 分 | | | |
| 出生孕周 | 周 天 | | 出生体重 | | 克 | | | 出生身长 | 厘米 |
| 出生地点 | 省 市 县（区） | | | | | | | 医疗机构名称 |  |
| 接生人员姓名： 录入日期： 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** | | | | | | | **父亲信息** | | |
| 姓名： 年龄： 岁  国籍： 民族：  有效身份证件类别：  有效身份证件号码：  住址\*： | | | | | | | 姓名： 年龄： 岁  国籍： 民族：  有效身份证件类别：  有效身份证件号码：  住址\*： | | |
| 实人实名刷脸认证： | | | | | | | 实人实名刷脸认证： | | |
| **知情告知**  本表用于《出生医学证明》网上申办确认，采取网上申办的需电子签名（预约现场领取的在“领证人”处现场签名）。须新生儿母亲发起申办，内容由申办人（刷脸认证）在线填写和确认，请核对信息无误后签字确认。该表电子签字确认与现场申领签名确认具有同等效力，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。申请邮寄到家方式领取的，因邮寄过程产生的费用由申领人承担，相关费用由申领人与邮政速递部门进行结算，网上申办一般5个工作日内由当地邮政机构揽件，具体证件查收可在收到发证通知后及时关注邮政官网查询。  **申办人姓名**： 日期： 年 月 日 | | | | | | | | | |
| 有效身份证件类别：  有效身份证件号码：  领证人签名： 与新生儿关系： 日期： 年 月 日 | | | | | | | | | |
| 经办人（打证人）签名： 日期： 年 月 日  盖章人签名： 日期： 年 月 日 | | | | | | | | | |
| *存根粘贴位置* | | | | | | | | | |
| 注:1.签发机构打印此表与存根一并归档保存，粘贴《出生医学证明》存根等材料。2.\*住址请填写居民身份证或户口簿上的住址。 | | | | | | | | | |

附件3

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 助产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 | |  | | 出生年月 | | | 年 月 日 时 分 | |
| 出生地 | 省 市 县（区） 乡 | | | | | | | | 出生孕周 | 周 |
| 健康状况 | 良好 一般 差 | | | 出生体重 | | 克(g) | | | 出生身长 | 公分(cm) |
| 母亲信息 | 姓名 | |  | | 年龄 | |  | | **领证人需提交的证明材料：**  1、父母亲有效身份证件（留复印件）（非父母申请的要增加监护人证明材料）  2、由新生儿父母或监护人出具的“亲子关系声明”  3、亲子关系证明  4、符合机构外签发情形分娩佐证材料  5、新生儿相片（格式参考居民身份证） | |
| 国籍 | |  | | 民族 | |  | |
| 有效身份证件类别 | |  | | | | | |
| 有效身份证件号码 | |  | | | | | |
| 住址 | |  | | | | | |
| 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 | |  | | | | | |
| 住址 | |  | | | | | |
| 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。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 | | | | | | | | | | |
| 出生医学证明存根粘贴处 | | | | | | | | | | |
| 注：1.填写首次签发登记表时，需提供新生儿父母有效身份证件原件并提交复印件。  2.表中的新生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。 | | | | | | | | | | |

附件4

助产机构外出生的出生医学证明首次签发核查表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **新生儿姓名及父母亲相关信息** | | | | | |
| **新生儿姓名** |  | 性 别 | ➀男 ➁女 | | 新生儿相片  （参照居民身份证数字相片格式） |
| 出生年月 | 年 月 日 时 分 | |
| 出 生 地 | 省 市 县（区） 乡（镇） | |
| **母亲**  **姓名** |  | 有效身份  证件类别 |  | 有效身份  证件号码 |  |
| **父亲**  **姓名** |  | 有效身份  证件类别 |  | 有效身份  证件号码 |  |
| **相关申请材料** | 1、助产机构外出生的出生医学证明首次签发登记表  2、父母亲有效身份证件（留复印件）（非父母申请的要增加监护人证明材料）  3、由新生儿父母或监护人出具的“亲子关系声明”  4、亲子鉴定证明  5、符合机构外签发情形分娩佐证材料  以上材料由申请人提供，对相关信息及材料负责，愿承担相关法律责任。  申请人签名（按手印）： | | | | |
| **县（区）级卫生健康行政部门意见** | 经审核，  助产机构内分娩排查 ➀无记录 ➁有记录：  预防接种第一针记录情况 ➀无记录 ➁有记录：  接生人员调查 ➀无法核实 ➁调查属实：  证明人调查 ➀无法核实 ➁调查属实：  审核人员签名：  年 月 日 | | | | |
| ➀同意签发 ➁不同意签发。 理由是：  负责人签名： 单位（盖章）  年 月 日 | | | | |
| **备注** |  | | | | |

附件5

跨区域助产机构外出生核查表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **新生儿姓名及父母亲相关信息** | | | | | |
| **新生儿姓名** |  | 性 别 | ➀男 ➁女 | | 新生儿相片  （参照居民身份证数字相片格式） |
| 出生年月 | 年 月 日 时 分 | |
| 出生地 | 省 市 县（区） 乡（镇） | |
| **母亲姓名** |  | 有效身份证件类别 |  | 有效身份  证件号码 |  |
| **父亲姓名** |  | 有效身份证件类别 |  | 有效身份  证件号码 |  |
| **相关申请材料** | 1、助产机构外出生的出生医学证明首次签发登记表  2、由新生儿父母或监护人出具的“亲子关系声明”  3、亲子鉴定证明 | | | | | |
| **新生儿出生地县（区）级卫生健康行政部门意见** | 经审核，  机构内分娩排查 ➀无记录 ➁有记录：  预防接种第一针记录情况 ➀无记录 ➁有记录：  接生人员调查 ➀无法核实 ➁调查属实：  证明人调查 ➀无法核实 ➁调查属实：  审核人员签名： 年 月 日  年 月 日 | | | | |
| 经调查，认为申请人（新生儿）在我辖区：➀助产机构外分娩 ➁无法核实助产机构外分娩。  负责人签名： 单位（盖章）  年 月 日 | | | | |
| **备注** |  | | | | |

附件6

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 办理出生医学证明授权委托书 | | | | | | | | |
| **委托人姓名（新生儿母亲）** | | | | |  | | | |
| 有效身份证件类别 | |  | | | 有效身份证件号码 | | |  |
| 联系电话 | |  | | | | | | |
| **委托人姓名（新生儿父亲）** | | |  | | | | | |
| 有效身份证件类别 |  | | 有效身份证件号码 | | |  | | |
| 联系电话 |  | | | | | | | |
| **受委托人姓名** |  | | | 性 别 | | |  | |
| 有效身份证件类别 |  | | | 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： 受委托人签字：  年 月 日 年 月 日 | | | | | | | | |

注：委托他人办理的要提供监护人授权委托书并经公证部门公证。

附件7

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 亲子关系声明 | | | | | | | |
| （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 | |  | |
| 出生时间： 年 月 日 时 | | | | | | | |
| 出生地： 省 地 县（市） 乡 村 | | | | | | | |
| 由 （接生人员签名）接生/处理，与新生儿关系 ，因  原因，未在医院出生。 | | | | | | | |
| 以上情况若不属实，愿负法律责任。 母亲姓名 有效身份证件号码 日期  父亲姓名 有效身份证件号码 日期 （或监护人签名 有效身份证件号码 日期： ）  证明人签名： 日期：  证明人与新生儿关系： | | | | | | | |

附件8

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 出生医学证明换发申请表 | | | | | | | | | | |
| 新生儿姓名 | |  | | | | | 原出生医学证明编号 | | |  |
| 新生儿性别 | |  | | | | | 出生日期 | | | 年 月 日 |
| 新生儿母亲 | | | 姓 名 | | | |  | | | |
| 有效身份证件类型 | | | |  | | | |
| 有效身份证件号码 | | | |  | | | |
| 新生儿父亲 | | | 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□， 正页和副页□ | | | | | |
| 亲子鉴定情况 | | | | | 无□ ， 有□，编号： | | | | | |
| **领证人需提供和提交的证明材料** | | | | | | | | | **1.经办人意见及签名：**    年 月 日  **2.科室负责人意见及签名：**    年 月 日  **3.领导意见及签名：**    年 月 日 | |
| 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 | |  |
| 有效身份证件类型 | | | | |  | | |
| 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 | | | | | | | | |
|
| 换发后出生医学证明存根、原证的正页、副页及相关材料粘贴处 | | | | | | | | | | |

**换发提交新生儿父母的有效身份证件说明：**

由于新生儿母亲或父亲死亡或失踪等原因，父亲或母亲单方申请换发，无法提供另一方有效身份证件而要打印双方信息的（仅换发提出申请方信息），需提交以下证明材料之一：人民法院出具的未提出申请方的限制民事行为能力证明、无民事行为能力证明、失踪证明、死亡证明，或申请方获得子女抚养权或实际抚养的有效证明材料（如新生儿社保、医保缴费发票，学杂费缴费发票等）。附件9

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 出生医学证明补发申请表 | | | | | | | | | |
| 新生儿姓名 | |  | | | | 原出生医学证明编号 | | |  |
| 新生儿性别 | |  | | | | 出生日期 | | | 年 月 日 |
| 新生儿母亲 | | 姓 名 | | | |  | | | |
| 有效身份证件类型 | | | |  | | | |
| 有效身份证件号码 | | | |  | | | |
| 新生儿父亲 | | 姓 名 | | | |  | | | |
| 有效身份证件类型 | | | |  | | | |
| 有效身份证件号码 | | | |  | | | |
| 申请补发原因 | | | |  | | | | | |
| 办理户口登记情况 | | | | □已办理户口登记 □未办理户口登记 | | | | | |
| 领证人需提供和提交的证明材料 | | | | | | | | | 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：    年 月 日 |
| 1.新生儿父母的书面申请（ ）；2.原首次签发登记表复印件（ ）；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 | |  | |
| 有效身份证件类型 | | | |  | | | |
| 有效身份证件号码 | | | |  | | | |
| 原签发  机构 | 审批意见：  领导签名：  年 月 日 | | | | 审批意见：  科室负责人签名：  年 月 日 | | | 审批意见：  经办人签名：  年 月 日 | |
| 补发  机构 | 审批意见：  领导签名：  年 月 日 | | | | 审批意见：  科室负责人签名：  年 月 日 | | | 审批意见：  经办人签名：  年 月 日 | |
| 出生医学证明存根粘贴处 | | | | | | | | | |

**补发提交新生儿父母的有效身份证件说明：**

由于新生儿母亲或父亲死亡或失踪等原因，父亲或母亲单方申请补发，无法提供另一方有效身份证件而要打印双方信息的，需提交以下证明材料之一：人民法院出具的未提出申请方的限制民事行为能力证明、无民事行为能力证明、失踪证明、死亡证明，或申请方获得子女抚养权或实际抚养的有效证明材料（如新生儿社保、医保缴费发票，学杂费缴费发票等）。

附件10

出生医学证明废证登记本

单位名称：

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

附件11

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12

出生医学证明入库登记本

单位名称：

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 入库日期（年月日） | 入库数量 | 起始编号 | 终止编号 | 库存数 | 经办人签名 | 审核人签名 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

附件13

出生医学证明出库登记本

单位名称：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 出库日期（年月日） | 出库数量 | 起始编号 | 终止编号 | 库存数 | 申领单位名称 | 领证人签名 | 经办人签名 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

附件14

出生医学证明首次签发登记本

单位名称：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

注：可通过省出生医学证明管理信息系统实现登记本信息化管理，年度导出打印归档即可。

附件15

出生医学证明换发登记本

单位名称：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

注：可通过省出生医学证明管理信息系统实现登记本信息化管理，年度导出打印归档即可。

附件16

出生医学证明补发登记本

单位名称：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | 领证人有效身份证件号码 | 领证人签名 | 签发人签名 | 盖章人签名 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

注：可通过省出生医学证明管理信息系统实现登记本信息化管理，年度导出打印归档即可。

附件17

助产机构外出生的出生医学证明首次签发登记本

单位名称：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

注：可通过省出生医学证明管理信息系统实现登记本信息化管理，年度导出打印归档即可。

附件18

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 | 当年申领数 | 当年使用情况 | | | | | | | | | | | | | 当年年底库存数 | 当年助产机构内活产数 |
| 助产机构内签发数 | | | | | 助产机构外签发数 | | | 废证数 | | | | 合计 |
| 当年出生首次签发数 | 历年出生首次签发数 | 换发数 | 补发数 | 小计 | 家庭接生员接生的签发数 | 其他情况的签发数 | 小计 | 因打印或填写错误数 | 遗失数 | 其他原因数 | 小计 |
| （1） | （2） | （3） | （4） | （5） | （6） | （7） | （8） | （9） | （10） | （11） | （12） | （13） | （14） | (15) | （16） | （17） |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 注：本统计表的额出生医学证明数量为内芯数量，单位均为“枚”。表中逻辑关系：(7)=(3)+(4)+(5)+（6）；(10)=(8)+(9)；(14)=(11)+(12)+(13)；(15)=(7)+(10)+(14)；(16)=(1)+(2)-(15)。  单位名称（盖章）： | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 负责人： 填表人： 填表日期： 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | |

附件19

单亲办理出生医学证明声明书

本人 ，有效身份证号 （证件类型： ),在给我 年 月 日 于

医院出生的孩子办理《出生医学证明》过程中，因 原因，无法提供（新生儿姓名） 的父亲/母亲相关证件和信息，本人自愿申请放弃（新生儿姓名） 的🞎父亲/🞎母亲相关信息的打印，由此产生的一切法律上和民事上后果，由自己承担。

本人保证因个人原因故意不提供导致后续再换发添加信息时给予配合。

温馨提醒：因家庭矛盾导致的故意不提供新生儿父母亲信息并不是对孩子合法权益的保护。

以上情况本人已被完全告知，是本人真实意思的表达。

特此声明！

声明人签字（按指模）：

年 月 日

附件20

广东省出生医学证明管理信息系统

后台操作申请表

|  |  |
| --- | --- |
| **单 位** | **申请理由和办理情况** |
| 医疗机构  申请意见 | 意见：  负责人签名：  （附相关情况资料）  （公章）  年 月 日 |
| 县卫生健康 管理部门意见 | 意见：  签名：    （公章）  年 月 日 |
| 市卫生健康 管理部门意见 | 意见：  签名：  （公章）  年 月 日 |
| 省妇幼保健院 办理情况 |  |

附件21

关于换发和补发《出生医学证明》的函

《出生医学证明》发证机构：

现有我辖区居民（姓名） （公民身份号码： ）在办理新生儿 （性别 ，出生日期 ，出生证编号： /🞎未入户前遗失）出生登记时，因以下原因暂时无法办理出生登记手续：

🞎姓名用字不在《通用规范汉字表》内；

🞎非特殊情况姓氏不随父母姓；

🞎出生医学证明遗失（未办理过出生入户手续）

🞎其他确因政策要求，说明如下：

请贵单位给予换发或补发《出生医学证明》， （有/无）入户需要请签发🞎正页、🞎副页（入户）。

户政办证中心（派出所）

（盖章）

年 月 日

(联系人： 联系电话： ）

附件22

《出生医学证明》签发知情告知书

|  |
| --- |
| 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，该信息将是打印出生医学证明的重要依据；  （二）住院期间须需通过“人证合一”设备或登录“粤省事”、“粤健通”等小程序进行实名实人刷脸认证；如果住院期间，您和新生儿父亲提供的身份信息（包括您的姓名、身份证号码等）与领证时提供的信息不一致，可能导致无法为所生新生儿办理出生医学证明，对于因个人原因提供孕产妇信息不真实、冒用他人信息、拒绝提供个人信息等导致出生医学证明无法签发、变更信息的，个人承担相关法律责任；  （三）办理出生医学证明须由新生儿母亲发起，父母双方网上刷脸签名确认；特殊无法网上办理的须新生儿父母亲双方现场领取，并留存影像资料，具体签发要求可咨询分娩机构相关人员；  （四）非新生儿监护人（即新生儿父母亲）申办，委托他人办理的，须提供授权委托书，委托书须请公证部门公证。  （五）尊重医务人员的人格权、人身权等合法权利。通过合法渠道表达自己意见和要求。  **\*请您务必注意，签发的出生医学证明新生儿母亲信息须与住院病历记载的产妇信息一致，因个人原因导致的不予变更。**  \***刑法规定：在依照国家规定应当提供身份证明的活动中，使用伪造、变造的或者盗用他人的居民身份证等依法可以用于证明身份的证件，情节严重的，处拘役或者管制，并处或者单处罚金。 有前款行为，同时构成其他犯罪的，依照处罚较重的规定定罪处罚**。 |
| **意见及确认：**（**我已经详细阅读并知晓上述知情告知内容**。）  产妇本人签名（按手印）： 新生儿父亲签名（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 时 分 签字时间： 年 月 日 时 分 |
| **经办人员签名：** 年 月 日 （并请在符合以下方框选项中打√）  🞎已使用 🞎未使用 🞎产妇拒绝提供/使用 ：🞎人证合一设备 🞎“粤省事”等APP小程序刷脸  🞎已确认 🞎无法确认 “实名实人且人证一致”情况  **特殊无法刷脸或刷脸不通过的情况：**  **孕产妇：** 🞎已拍照 🞎未拍照 🞎已报警 **新生儿父亲：** 🞎已拍照 🞎未拍照 |

附件23

注销户口证明

经调查核实，原我辖区居民 ，□男□女，公民身份号码： ，户籍地址：

的户口属□虚假户口□重复户口，已于 年 月 日按《中华人民共和国户口登记条例》第三条、第六条、第十条等有关规定予以注销。其现户口为：（姓名） ，公民身份号码 ，地址： 。

如对公安机关注销户口的处理不服，可以在知道或者应当知道重复（虚假）户口被注销之日起60日内向XX市公安局或者XX县（市、区）人民政府申请行政复议或者在六个月内依法向XX县（市、区）人民法院提起行政诉讼。

公安（分）局

年 月 日