

山东省卫生健康委员会 山东省公安厅

鲁卫妇幼字〔2024〕3号

山东省卫生健康委员会 山东省公安厅 关于印发《山东省出生医学证明 管理办法》的通知

各市卫生健康委、公安局，委属有关单位、省属卫生健康事业有关单位，国家卫生健康委驻鲁有关医疗机构：

为进一步规范出生医学证明管理和使用，优化工作流程，方便群众办证，根据《中华人民共和国母婴保健法》《中华人民共和国母婴保健法实施办法》和国家卫生健康委、公安部关于出生医学证明管理有关文件要求，省卫生健康委、省公安厅结合我省实际，联合制定了《山东省出生医学证明管理办法》。现印发给你们，请遵照执行。

山东省卫生健康委员会

山东省公安厅

2024年9月14日

（信息公开形式：主动公开）

山东省出生医学证明管理办法

第一章 总 则

第一条 为加强母婴保健，保护公民合法权益，规范出生医学证明的申领、发放、使用和管理，根据有关法律法规和政策规定，结合我省实际，制定本办法。

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，证明新生儿出生状态、血亲关系，申报国籍、户籍，取得公民身份的法定医学证明。

第三条 本办法适用于本省行政区域内出生医学证明管理、签发及申领等行为，各级卫生健康行政部门、公安机关、证件管理和签发机构及其相关工作人员应当遵守本办法，分别做好出生医学证明管理和使用工作。

第四条 具备助产技术服务资质并经审核登记的医疗保健机构、卫生健康行政部门指定的机构为签发机构。签发机构应当遵照本办法要求，依法为新生儿签发国家统一制发的出生医学证明。

第五条 各级卫生健康行政部门是出生医学证明管理机构，负责辖区内出生医学证明管理工作。

省卫生健康委负责全省出生医学证明管理与监督，书面委托省妇幼保健院承担全省出生医学证明事务性管理工作。设区的市、县（市、区）卫生健康行政部门负责本辖区出生医学证明具体管理与监督，可书面委托同级相关机构承担出生医学证明的事务性

管理工作，明确受委托机构职责，并报上一级卫生健康行政部门备案。受委托机构应严格按照卫生健康行政部门委托履行职责，设专职人员，做好出生医学证明相关事务性管理工作。

第六条 管理机构（含受委托承担出生医学证明事务性管理工作的机构，下同）、签发机构要建立健全出生医学证明申领、出入库、保管、签发、印章管理、废证管理、档案管理、信息管理和信息安全等制度。严格落实证章分开要求，出生医学证明和印章应由专人分别管理，严格签发流程，落实相关人员职责，规范出具出生医学证明，并接受上级管理机构的监督检查。

第七条 县（市、区）卫生健康行政部门负责对辖区内出生医学证明管理和签发机构进行审核登记，经设区的市级卫生健康行政部门现场复核同意后抄送同级公安机关，并报省卫生健康委备案（备案登记表附件1），备案登记表相关内容变更须重新上报至省卫生健康委备案。

各级卫生健康行政部门应将出生医学证明管理机构和签发机构名单主动向社会公开，并严格实行动态管理。

第八条 公安机关依据出生医学证明，办理出生登记，并留存副页作为出生登记的原始凭证。

公安机关负责打击伪造、变造、买卖出生医学证明、印章，以及买卖或者使用伪造、变造的出生医学证明等违法犯罪行为。

第九条 各级卫生健康行政部门和公安机关要加强协作配合，逐步建立健全信息共享长效机制，协商解决工作中遇到的各

类问题，共同做好出生医学证明管理工作。

第二章 证件管理

第十条 空白出生医学证明应逐级上报计划、申领配发。各级管理机构和签发机构根据年度需求制定计划并逐级上报，各市区次年申领数量应于当年10月20日前书面报省妇幼保健院。

各级管理机构和签发机构按季度申领、配发出生医学证明，填报季度配发表（附件2）。申领配发出生医学证明时，需2名证件管理人员同时在场，并提交领取审批表（附件3）、申领经办人证明（附件4）、领取人身份证（原件、复印件）。各级管理机构和签发机构必须按号码顺序发放出生医学证明。

设区的市级管理机构每年3月1日前将出生医学证明管理使用情况年度统计表（附件5），加盖设区的市级卫生健康行政部门公章后报省妇幼保健院。

第十一条 各级管理机构要建立出入库登记签字制度，各级签发机构要建立出入柜登记签字制度。各级管理、签发机构要落实专人运送和保管空白出生医学证明，办理出入库/柜时至少有2名管理人员验收并填写出入库/柜登记本（附件6）。如有损坏、编号或数量有误等情况，应及时查明原因，并逐级上报省妇幼保健院。出生医学证明一经出库，原则上不得进行调剂，确有需要的由省妇幼保健院视情况统一进行调剂。

空白出生医学证明的保管应达到以下基本标准。

（一）保存、签发场所应设独立房间，布局合理，领证人与

签发区域合理分开，不得与其他科室（或业务）共用一个房间或从事其他业务。

（二）证件存放环境整洁，相对湿度不超过 30%，温度-5℃-40℃，无腐蚀性气体，通风良好，防潮、防虫、防鼠和防火等措施齐全。

（三）出生医学证明应存放于专用保险柜中，保险柜不得存放其他无关物品。存放房间应加设铁门、内屋门锁和防盗门窗，并安装监控设施，监控范围做到工作区域全覆盖，监控回放需至少保留一个月。

（四）管理机构和签发机构同属一个机构的，应将本机构的空白出生医学证明分开管理，不得放置在同一个保险柜。

（五）当日当班未签发的空白出生医学证明必须放回保险柜，并做好当日当班的交接记录。

第十二条 各级管理机构和签发机构要严格执行出生医学证明存放双人双锁和专人管理，相关工作人员应为本单位正式职工，不得使用临时聘用或者借调人员，经县（市、区）卫生健康行政部门培训考核合格后方可上岗。

第十三条 各级管理机构和签发机构应严格遵守出生医学证明印章（包括专用章和补发专用章）管理使用要求。

（一）出生医学证明印章由县（市、区）卫生健康行政部门按照有关规定统一监制，并将印模式样抄送至同级公安机关和上级卫生健康行政部门备案；设区的市卫生健康行政部门要及时上

报省卫生健康委备案（印章刻制式样、要求见附件7）。

（二）出生医学证明专用章用于首次签发、换发；补发专用章用于补发。

（三）出生医学证明正页、副页和存根均需加盖印章，不得盖骑缝章或其他印章，空白出生医学证明严禁盖章。

（四）出生医学证明印章遗失、损毁等，须及时报告县（市、区）卫生健康行政部门，申请刻制新印章的，应按照有关程序上报备案并抄送同级公安机关。

（五）签发机构变更名称、撤并或取消资质的，须在15个工作日内将原印章上交所在县（市、区）卫生健康行政部门，并做好登记、备案等管理工作；县（市、区）卫生健康行政部门同时抄送同级公安机关；按照有关程序，由设区的市卫生健康行政部门报省卫生健康委备案。

（六）签发机构应根据省电子印章管理要求，申请依据实体印章制作的电子印章，用于制作出生医学证明电子证照。

第十四条 助产机构、签发机构应加强“人证合一”身份核验，在入院分娩时和证件签发时两个重点环节开展“刷脸比对”，核验孕产妇、证件申领人身份信息，确保“人”“证”一致。孕产妇身份核验结果记录在《孕产妇身份核验知情同意书》（附件8），新生儿父母现场签字确认后，存放在产妇病历归档保存。发现孕产妇以他人名义入院、拒绝进行身份核验或人脸识别不通过的，助产、签发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，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、冒用他人居民身份证等违法行为，发现单位要及时向属地公安机关报案，公安机关依法予以打击。

助产机构应在产妇住院分娩期间，及时向群众做好出生医学证明签发告知工作，并签署《出生医学证明》签发知情告知书（附件9）。

第十五条 各级管理机构要落实人员培训制度，加强管理人员、签发人员的培训，每年至少培训1次。培训内容包括出生医学证明相关规定、签发流程、证件管理、印章管理、档案管理、真伪鉴定和系统操作使用等。

第十六条 各级管理机构、签发机构和助产机构要采取适当形式将申领出生医学证明的条件、流程、办证时限、注意事项等进行公开，指导群众申领证件。

第三章 档案管理

第十七条 各级管理和签发机构要建立完善出生医学证明档案管理制度，将出生医学证明存根及相关资料连号归档，永久保存。出生医学证明档案盒应按年份摆放整齐，档案盒脊填写本档案盒内出生医学证明档案起止案卷、出生医学证明起止编号等相关信息，档案盒内目录清楚，至少包含序号、签发日期、出生

医学证明编号、新生儿姓名、父母姓名、签发类型等基本信息。换发材料应将既往首次签发档案材料复印件一并归档。医疗机构撤销资质的，将其出生医学证明档案资料按上述要求整理后移交县（市、区）卫生健康行政部门指定机构，并做好交接登记；签发机构与其他医疗机构合并的，将其出生医学证明档案资料按上述要求整理后移交给合并机构，并做好交接登记，合并后的新机构按照签发资质有关规定审核登记备案后负责出生医学证明签发；仅取消签发资质的医疗机构，其出生医学证明档案资料按上述要求整理后由本机构妥善管理，由县（市、区）管理机构负责其出生医学证明签发。推进出生医学证明档案信息化管理，建立出生医学证明电子档案数据库。

第十八条 出生医学证明档案一律不得外借。公安、司法等机关工作人员查阅个人出生医学证明档案的，需出具书面协查函（公章），不少于2名工作人员同时在场出示有效证件，仅限当场查阅、摘抄和复印。

第十九条 利用出生医学证明档案的单位、组织和个人，不得公开出生医学证明档案内容，不得损害出生医学证明档案当事人的合法权益。

第四章 信息管理

第二十条 各级管理、签发机构为出生医学证明相关信息工作的责任主体。建立信息安全管理制，进一步加强信息网络和数据安全管理。

各级管理、签发机构统一使用山东省妇幼保健管理信息系统进行出生医学证明管理、建档和签发。实行专用计算机，严禁连接互联网和另作他用。设区的市、县（市、区）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。

各级管理和签发机构及其工作人员对因管理、签发出生医学证明而掌握的公民个人信息，须予以保密、不得私自泄露；信息数据应做好安全备份。加强个人账号管理，防止他人盗用。加强信息安全培训，对从事相关信息的工作人员签订数据保密协议，确保信息安全。

第五章 签发管理

第二十一条 出生医学证明签发包括首次签发、换发和补发。

第二十二条 出生医学证明包含正页、副页和存根三联，正页由新生儿监护人保存，副页由公安机关留存，存根由签发机构留存。

第二十三条 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。办理首次签发应提供以下相关材料：

- （一）新生儿父母有效身份证件原件、复印件；
- （二）《出生医学证明》签发知情告知书（附件9）；
- （三）首次签发登记表（附件10）。

领证人不是新生儿母亲本人的，需同时提供新生儿母亲签字按手印的授权委托书（附件11），同时领证人须提供本人有效身份证件原件、复印件并进行身份核验。

第二十四条 在具有签发资质的助产机构内（以下简称医疗保健机构内）出生的新生儿，以及在家中或途中急产分娩后送该机构进行断脐、胎盘、会阴撕裂等处理的，由新生儿母亲向该机构申领出生医学证明，签发人员认真核实首次签发登记表分娩信息及新生儿父母相关信息，经审核无误后规范签发出生医学证明，并做好首次签发登记。

第二十五条 在不具有签发资质的助产机构出生的新生儿，以及在家中或途中急产分娩后送该机构进行断脐、胎盘、会阴撕裂等处理的，该机构应主动告知新生儿母亲及时向新生儿出生地县（市、区）卫生健康行政部门指定的签发机构申领出生医学证明。申领时除按第二十三条规定提供相关材料外，还应提交该助产机构证明和记载分娩信息的材料。

第二十六条 在具有助产技术服务资质的医疗保健机构外（以下简称医疗保健机构外）出生的新生儿，由本人或其监护人向拟落户地县（市、区）管理机构申领出生医学证明；申领时应提供除按第二十三条规定的相关材料外，还需要提供：

- （一）亲子关系声明（附件 12）。
- （二）具有资质的鉴定机构出具的亲子鉴定证明原件。
- （三）如有接生人员，需提供接生人员接生情况证明（附件 13）。
- （四）医疗保健机构外出生首次签发登记表（附件 14）。

新生儿已办理落户登记的，只签发正页，副页及存根由签发机构留存。

第二十七条 特殊情形的首次签发:

(一) 新生儿母亲一方申领出生医学证明且不能提供新生儿父亲有效身份证件原件的, 新生儿母亲须出具书面声明(附件 15), 签发机构审核无误后应在出生医学证明上父亲信息的相应一栏处标注“/”, 签发机构须将书面声明与存根一并保存。

(二) 新生儿父亲一方申领出生医学证明且不能提供新生儿母亲有效身份证件原件的, 须凭本人的有效身份证件原件、复印件、书面声明、具有资质的鉴定机构出具的亲子鉴定证明、新生儿母亲明确放弃添加女方信息的书面声明以及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, 到本机构申请医疗保健机构内出生医学证明。医疗保健机构外出生的新生儿, 申领时应按第二十六条规定提供相关材料。签发机构参照出生情况, 并依据书面声明和亲子鉴定证明等材料签发出生医学证明, 签发机构应在出生医学证明上母亲信息的相应一栏处标注“/”, 以上材料存档保存。

(三) 新生儿母亲或父亲因死亡、失踪、羁押入狱等原因不能提供有效身份证件原件的, 应提交居民死亡医学证明(推断)书或非正常死亡证明、火化证明、法院宣告死亡、失踪的证明材料和服刑人员所在的监狱管理部门出具的相关证明材料; 新生儿父母均死亡或失踪的, 还应提交新生儿监护人的有效身份证件和身份关系证明原件、复印件。

设区的市、县(市、区)卫生健康行政部门要建立专家会商

制度。按照属地管理原则，对本辖区内工作中遇到的特殊、疑难案例进行会商和研判，提出办理意见，形成会议纪要并做好备案，指导各管理、签发机构做好有关工作。

第二十八条 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）等相关材料，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。

原助产机构撤并的，由原助产机构所在县（市、区）卫生健康行政部门指定的机构办理出生医学证明，对申领人不能提供原助产机构原始病历复印件（含首页、分娩记录、出院记录）等，参照第二十六条给予办理。

第二十九条 签发、助产机构应当依照首次签发登记表及新生儿父母的有效证件录入其父母的信息。新生儿父母所持证件为居民身份证时，须通过居民身份证验证机验证（线上办理除外）。对居民身份证不能通过验证或无法核实身份信息的，需由签发机构出具身份信息核查函（附件16），凭公安机关出具的显示人像信息的户籍证明确定父母身份信息。无法核实其身份的，不予上报住院分娩信息和签发出生医学证明。

第三十条 新生儿母亲或父亲有效身份证件原件与住院分娩登记的姓名信息不一致，且住院分娩登记的姓名是公民曾在公

安机关申报登记并正式使用过的姓名的，应以有效身份证件和居民户口簿为准；未在公安机关申报登记的姓名，应提供相关当事人的情况说明和具有资质的鉴定机构出具的亲子鉴定证明，同时查验新生儿母亲与住院分娩登记为同一人的材料（指纹或笔迹鉴定）。产妇住院分娩时已通过“人证合一”刷脸认证的，一律不得变更新生儿母亲信息。

第三十一条 出生医学证明一经签发，签发机构原则上不得对新生儿姓名、性别、出生日期等档案材料和数据信息进行更改。

第三十二条 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的新生儿更换出生医学证明。

具有下列情形之一的，申领人或新生儿父母向原签发机构申请换发出生医学证明，同时交回旧证。

因当事人或签发机构责任导致原出生医学证明无效的，包括私拆副页、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、未按首次签发要求登记新生儿姓名而无法在公安机关办理出生户口登记、公民身份号码或其他信息发生变更等。

第三十三条 换发时应由当事人或新生儿父母、领证人到原签发机构提出申请，原签发机构在审核相关材料无误后予以换发。当事人或新生儿父母、领证人应提交以下材料：

- （一）当事人或新生儿父母书面申请；
- （二）当事人或新生儿父母有效身份证件原件、复印件；
- （三）领证人有效身份证件原件、复印件以及当事人或新生

儿父母授权委托书；

（四）原出生医学证明正、副页（已落户者只提供正页）和换发登记表（附件 17）等；

（五）因签发机构责任导致的换发由签发机构出具相关证明材料。

原出生医学证明无父亲或母亲信息的，只提交新生儿母亲或父亲的有效身份证件原件、复印件；新生儿父母已离婚的，可只提交抚养新生儿一方的居民身份证和有关抚养关系的证明文件原件、复印件以及不能提供另一方居民有效身份证件的书面声明。

新生儿父母使用军官证信息签发，申请变更为居民身份证件信息的，应提供所在部队团以上干部部门或档案所在管理部门出具的居民身份证件信息与军官证信息为同一人的证明材料。

申请变更新生儿父母双方或一方信息的，应提供具有资质的鉴定机构出具的三方亲子鉴定证明，新生儿姓氏可随父母信息变更相应调整。新生儿已办理落户登记，换发后需重新办理落户登记的，新生儿父母持签发机构出具的情况说明到落户地公安机关申请撤销出生登记，同时，交回原出生医学证明正、副页。对原落户地公安机关不能提供出生医学证明副页的，应由公安机关出具加盖户口专用章的副页复印件和无法提供副页的说明。

换发后，新生儿落户登记信息变更的，签发机构应函告新生儿落户地公安机关。

新生儿母亲或父亲因死亡、失踪、羁押入狱等原因无法提交

有效身份证件原件的，申领时应提供第二十七条第三款规定的相关材料。

第三十四条 签发机构依据当事人提供的出生医学证明正、副页及相关材料，填写换发登记表，换发出生医学证明，并进行换发登记。

第三十五条 任何签发机构不得以外机构的出生医学证明换发本机构的出生医学证明，也不能以医疗保健机构外的换发医疗保健机构内的出生医学证明。原签发机构撤并的，当事人需持第三十三条规定的相关材料，到原签发机构所在县（市、区）卫生健康行政部门指定的机构换发。

第三十六条 补发是指原签发机构所在县（市、区）卫生健康行政部门指定机构为因遗失、被盗等情况造成出生医学证明丧失的新生儿补办证件。

补发时应由当事人或新生儿父母或委托领证人到原签发地县（市、区）卫生健康行政部门指定的机构提出申请，申领人经身份核验通过、补发机构在审核相关材料无误后予以补发。申请补发应提交的材料包括：

- （一）当事人或新生儿父母书面申请；
- （二）当事人或新生儿父母有效身份证件原件、复印件；
- （三）领证人有效身份证件原件、复印件以及当事人或新生儿父母授权委托书；
- （四）原出生医学证明存根或副页，补发登记表（附件 18）、

新生儿父母或领证人签名加按手印的出生医学证明丢失承诺声明书及落户情况承诺书（附件 19）。

第三十七条 补发机构依据补发登记表及相关材料，规范补发出生医学证明，补发证件内容应与原证信息一致，并加盖补发专用章、做好补发登记。

已办理出生登记的，只补发正页；未办理的，县（市、区）卫生健康行政部门向新生儿父母双方户籍所在地公安机关发户籍核查函（附件 20），根据公安机关出具反馈的落户情况，予以补发副页。

第三十八条 管理和签发机构受理首次签发、换发和补发申请后，应按规定审核相关材料，条件符合、手续齐全、经审核无异议的，应在 3 个工作日内签发出出生医学证明。

第三十九条 医疗保健机构内出生的新生儿首次签发出出生医学证明的，新生儿父母可选择通过“爱山东”政务服务网、“爱山东”政务服务平台移动端（“爱山东”APP）等平台进行线上申领。超过 3 个月未申领的，应到签发机构申领出生医学证明。

签发机构自收到申领人线上申领上传的相关材料后，签发人员应在 2 个工作日内审核签发。因申领人上传有关材料不符合要求的，签发人员可驳回至申领人，经申领人调整后重新提交审核。申领人可选择邮寄到家或预约现场领取。

第六章 废证管理

第四十条 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、信息错误等原因未签发的出生医学证明。已盖章签发的不得按废证处理。空白出生医学证明使用原则上不超过2年，超过2年的按废证处理。

第四十一条 管理和签发机构遗失空白出生医学证明时，应立即向所属卫生健康行政部门报告，同时向公安机关报案，保护现场，配合调查，并在所在地公开发行人报刊登声明作废，在5个工作日内逐级将书面报告报省妇幼保健院。一次遗失5张及以上的，由省卫生健康委报至国家卫生健康委。

发生空白证件损毁、发现证件正或副页或存根编号不一致等废证，应在出生医学证明三联上分别标示作废，由所属卫生健康行政部门逐级报至省妇幼保健院。

第四十二条 管理和签发机构应落实废证信息，定期报送季度统计表（附件21）和分析报告，次年2月底前汇总填报本年度废证登记表，连同废证原件（遗失的除外）送交省妇幼保健院。省妇幼保健院于次年3月底前报省卫生健康委审核后集中销毁，做好销毁记录。

第四十三条 各级要加强废证的管理，严格控制废证率，对应为废证而人为以换发名义办理的，经核实后，由单位写出情况说明，加盖公章后逐级上报省卫生健康委备案，并按废证统计，同时要及时更正出生医学证明信息平台上的信息。

各级管理机构要对辖区年度废证率超过1%的签发机构进行督导，责令整改。

第七章 使用管理

第四十四条 新生儿出生后原则上应凭出生医学证明到公安机关申报出生登记。

第四十五条 公安机关在受理新生儿出生登记时应核对出生医学证明载体和信息真伪。

第四十六条 公安机关查验无误后拆切、保留出生医学证明副页作为新生儿出生登记的原始凭证，并将出生医学证明正页交还申报人保存。

申报新生儿出生登记欲变更新生儿姓名的，由公安机关按照出生医学证明记载的姓名办理出生登记后，再按照有关规定为其办理姓名变更手续，将出生医学证明记载姓名作为曾用名。

第四十七条 出生医学证明的真伪鉴定工作由签发地县（市、区）管理机构统一受理和反馈。公安机关在办理新生儿落户手续时，对纸质出生医学证明真实性有疑问的，可将出生医学证明电子证照作为辅助验证手段进行查验，对无法查验电子证照的可疑出生医学证明，暂不予办理出生登记，将可疑证件和委托鉴定书送至签发地县（市、区）管理机构进行真伪鉴定，不得要求群众自行送检。

签发地县（市、区）管理机构收到出生医学证明委托鉴定书和存疑的出生医学证明后，应当在7个工作日内进行鉴定和相关事项确认，出具出生医学证明真伪鉴定书（附件22）并做好登记。真伪鉴定和处理按照国卫妇幼发〔2013〕52号文件要求执行。

公安机关除办理案件需要外不直接对外省、外市卫生健康行政部门发函核查。

签发地非本县（市、区）的可送至上一级卫生健康行政部门或其指定机构，由其协调签发地县（市、区）卫生健康行政部门或其指定机构对证件记载信息进行核查。驻华使领馆申请真伪鉴定时，需由省级卫生健康行政部门或其委托机构统一受理和反馈。各级卫生健康行政部门或其指定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省妇幼保健院备案。

第八章 监督管理

第四十八条 各级卫生健康行政部门、公安机关依据相关法律法规对本行政区域内的出生医学证明管理、签发和使用工作进行监管。

第四十九条 各级卫生健康行政部门应将出生医学证明监督管理纳入当地母婴保健执法工作计划，对本行政区域内出生医学证明的管理、签发和使用情况进行日常监督管理，定期考核评估，对发现的问题及时给予指导纠正。

管理和签发机构对本机构开展全面自查每年不少于4次，县（市、区）卫生健康行政部门对辖区内签发机构监督检查每年不少于2次，设区的市级卫生健康行政部门每年不少于1次，省卫生健康委和省公安厅不定期开展全省督导检查。

第五十条 出生医学证明的监督检查内容应包括：证件发运及使用情况；管理、签发机构场地设施情况；管理、签发机构和

人员验收备案；管理、签发机构及人员核准核销；证件签发、印章管理、档案管理、信息管理、废证管理及人员考核、培训等。

第五十一条 出生医学证明管理和签发实行终身责任追究制度。各级证件管理和签发机构主要负责人为第一责任人，成立以主要负责人为组长，分管负责人为副组长，医务科、护理部、产科、信息科、纪检监察部门负责人及从事相关工作人员为成员的出生医学证明管理工作领导小组，并层层签订终身责任制承诺书（附件23）。离职或转岗的工作人员要在终身责任制承诺书上记载离职或转岗具体时间，并存档永久保存。

第五十二条 各级卫生健康行政部门和公安机关应当依据职责及时纠正监督检查中发现的问题，打击违法犯罪行为。有关机构或人员，有下列行为之一的，由当地卫生健康行政部门根据情节轻重，依法依规给予相应处理或撤销签发资格等处理。

（一）因运输、存储、管理不善导致出生医学证明损毁或遗失、被盗的；

（二）在空白出生医学证明上加盖出生医学证明专用章的；

（三）超范围签发出生医学证明的；

（四）涂改、伪造、人为损毁出生医学证明档案或擅自提供利用和复制的；

（五）将出生医学证明给未经卫生健康行政部门批准开展助产技术服务或未经卫生健康行政部门审核备案签发机构、个人使用的；

(六) 私自调剂或交换使用出生医学证明的;

(七) 签发出生医学证明时违规或搭车收费的;

(八) 年度废证率超过1%的;

(九) 工作业务不熟练、作风简单粗暴造成恶劣影响、群众有反映举报并查实的;

(十) 其他违反本办法的行为。

第五十三条 伪造、变造、买卖出生医学证明和印章，买卖、泄露公民个人信息，以及买卖或使用伪造、变造的出生医学证明的单位和个人，由卫生健康行政部门、公安机关依据相关法律法规，分别作出处罚；构成犯罪的，依法追究刑事责任。

第五十四条 对隐瞒事实真相，提供虚假证明材料骗领出生医学证明，导致出生医学证明记载内容不真实的，由申领人承担相应法律责任。管理或签发机构应撤销登记，对已收缴、撤销签发的出生医学证明进行封存并做撤销标识。2016年后签发需撤销的，应按照出生医学证明线上撤销审批流程予以撤销。同时书面通知新生儿落户地公安机关。构成违反治安管理行为的，公安机关依法给予治安管理处罚，构成犯罪的，依法追究刑事责任。

第九章 附 则

第五十五条 出生医学证明的签发适用于1996年1月1日以后出生的新生儿。

第五十六条 本办法自2024年10月12日起正式施行，有效期至2029年10月11日。

- 附件：1. 《出生医学证明》签发机构及印章/管理人员备案登记表
2. 《出生医学证明》季度配发表
3. 《出生医学证明》领取审批表
4. 申领经办人证明（样表）
5. 《出生医学证明》管理使用情况年度统计表
6. 《出生医学证明》出入库登记本/出入保险柜登记本
7. 印章刻制式样、要求
8. 孕产妇身份核验知情同意书
9. 《出生医学证明》签发知情告知书
10. 《出生医学证明》首次签发登记表及签发要求
11. 办理《出生医学证明》授权委托书（样表）
12. 亲子关系声明（样表）
13. 情况证明（样表）
14. 医疗保健机构外出生的《出生医学证明》首次签发登记表及登记本
15. 办理《出生医学证明》书面声明
16. 身份信息核查函
17. 《出生医学证明》换发登记表及登记本
18. 《出生医学证明》补发登记表及登记本
19. 出生医学证明丢失承诺声明书/落户情况承诺书

20. 户籍核查函
21. 《出生医学证明》废证季度统计表
22. 《出生医学证明》真伪鉴定书
23. 《出生医学证明》终身责任制承诺书

《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)	上季度医疗机构内活产数 (16)	本季度申领数 (17)
	医疗机构内出生的签发数						医疗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 (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

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。

我已经仔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产史复印件（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	
出生孕周	周	出生体重	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：①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）；②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）③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，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_____ (受托人姓名)办理_____ (新生儿姓名)的《出生医学证明》。

凡由受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						
<input type="checkbox"/> 亲子关系声明。 <input type="checkbox"/> 具有资质的鉴定机构出具的亲子鉴定证明原件和复印件。 <input type="checkbox"/> 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。

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 responsibility。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 responsibility 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	<input type="checkbox"/> 私拆副页 <input type="checkbox"/> 乱涂乱改 <input type="checkbox"/> 打印错误 <input type="checkbox"/> 字迹不清 <input type="checkbox"/> 项目不全 <input type="checkbox"/> 严重损坏 <input type="checkbox"/> 未加盖印章 <input type="checkbox"/> 其他原因导致无效（说明：_____）。	
	更改信息换发	<input type="checkbox"/> 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； <input type="checkbox"/> 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		<input type="checkbox"/> 新生儿父母的书面申请。 <input type="checkbox"/> 新生儿父母身份证原件和复印件。 <input type="checkbox"/> 领证人的身份证件原件和复印件。 <input type="checkbox"/> 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				
<p>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。</p> <p>领证人签字：_____ 日期：_____</p>					
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。

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	<input type="checkbox"/> 遗失 <input type="checkbox"/> 被盗 <input type="checkbox"/> 其他(说明: _____)		
领证人需提供和提交的材料	<input type="checkbox"/> 新生儿父母书面申请 <input type="checkbox"/> 身份证件原件及复印件 <input type="checkbox"/> 委托领证人身份证件原件、复印件及授权委托书 <input type="checkbox"/> 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。

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

《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 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》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。

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：

山东省卫生健康委员会办公室

2024年9月14日印发

校对：王 茜