

# 山西省卫生健康委员会 山西省公安厅 文件

晋卫妇幼发〔2021〕7号

---

## 山西省卫生健康委员会 山西省公安厅 关于印发《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）管有关医疗卫生单位：

为进一步规范《出生医学证明》管理，优化工作流程，根据《中华人民共和国母婴保健法》及其实施办法、国务院办公厅《关于解决无户口人员登记户口问题的意见》（国办发〔2015〕96号）精神和国家卫生健康委、公安部关于《出生医学证明》管理的有关规定，结

合我省实际,省卫生健康委、省公安厅制定了《出生医学证明管理办法》。现印发给你们,请遵照执行。



(信息公开形式:主动公开)

# 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》管理，根据《中华人民共和国母婴保健法》等法律法规，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，证明新生儿出生时的健康及自然状况、血亲关系以及申报国籍、户籍，取得公民身份的法定医学文书。

**第三条** 《出生医学证明》由国家卫生健康委员会统一印制，免费发放，任何单位和个人不得自行印制、擅自发放、收取费用。

**第四条** 各级卫生健康行政部门、公安机关、证件管理和签发机构及相关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。

## 第二章 职 责

**第五条** 省卫生健康委负责全省《出生医学证明》管理和业务指导，制定具体管理办法，建立健全管理制度，组织加强人员培训，规范业务流程。

**第六条** 各级卫生健康行政部门负责辖区《出生医学证明》的管理工作，包括证件的申领、发放、信息统计、制度建设、监督培训等，也可委托同级妇幼健康服务机构具体管理。受委托的各级妇幼机构应设专职人员，做好《出生医学证明》事务性管理工作。

**第七条** 被审核批准的助产机构和县级管理机构为出生医学证明签发机构。签发机构应建立健全《出生医学证明》申领、出入库、签发管理和印章、证件、档案、信息管理等制度，加强申领政策告知，接受解答群众咨询，规范签发《出生医学证明》。

签发机构应分设专人负责出生医学证明管理、签发和盖章，并将名单报同级和市级卫生健康行政部门备案，人员更换后在5个工作日内重新报备。

**第八条** 原签发机构已经注销或已停止签发职能的，由其所在地的县（市、区）级卫生健康行政部门或其委托管理机构进行签发。该机构《出生医学证明》档案及相关病历应交由指定机构负责永久保存。

**第九条** 《出生医学证明》实行属地化管理。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，经市级卫生健康行政部门复核同意后报同级公安机关，并报省卫生健康委备案（备案登记表见附件1）。

市级卫生健康行政部门按照属地化管理原则，对辖区内工作中遇到的特殊、疑难案例进行会商和研判，提出办理意见并做好



备案，指导各管理、签发机构做好有关工作。

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。

**第十条** 公安机关应积极配合卫生健康行政部门做好《出生医学证明》管理工作，加强证件查验，严厉打击伪造、变造《出生医学证明》以及买卖、使用伪假《出生医学证明》等违法犯罪行为。

各级卫生健康部门要加强与相关部门的沟通协作，充分发挥部门合力，形成综合治理格局。

### 第三章 工作管理

**第十一条** 空白《出生医学证明》实行逐级上报计划、申领配发制度。各级管理和签发机构根据年度需求做好计划并逐级上报，各市次年的订购数量应于当年11月前书面报省卫生健康委。

各级管理和签发机构按季度申领、配发《出生医学证明》。申领配发《出生医学证明》时，需2名证件管理人员一同申领，并提交领取审批表（见附件2）、申领经办人（委托人）证明（见附件3）、领取人身份证（原件、复印件）。各级管理和签发机构必须按号码顺序发放《出生医学证明》。

**第十二条** 各级管理和签发机构要建立出入库登记制度，落实专人运送和保管空白《出生医学证明》，办理出入库时至少有2名管理人员验收并填写出入库登记本（见附件4）。如有损坏、

编号或数量有误等情况，应及时查明原因，并逐级上报省卫生健康委。《出生医学证明》一经出库，原则上不得进行调剂，确需调剂的由省卫生健康委视情况统一进行。

**第十三条** 各级管理和签发机构要严格执行《出生医学证明》专人管理制度，人员如有调整更换需逐级上报卫生健康行政部门备案。空白《出生医学证明》的保管要达到以下基本标准。

（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。

（二）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、防鼠和防火防盗等措施齐全。

（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，监控范围做好工作区域全覆盖。

**第十四条** 各级管理和签发机构要严格执行《出生医学证明》印章（包括专用章和补发专用章）专人管理制度，证章分离，分别专人管理。

（一）《出生医学证明》印章由县（市、区）卫生健康行政部门按照国家规定统一监制，印模式样抄送至同级公安机关，并在市级卫生健康行政部门备案。

（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。使用印章应严格审核、登记。严禁在空白《出生医学证明》上盖章。

(四)《出生医学证明》印章遗失、损毁等情况，须及时报告县（市、区）卫生健康行政部门，申请刻制新印章的，按照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。县（市、区）卫生健康行政部门按照有关程序做好登记、备案等管理工作，作废印章统一保存或销毁。并逐级上报至省卫生健康委和省公安厅备案。

**第十五条** 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，按档案管理要求，将《出生医学证明》存根及相关资料按首次签发、换发、补发分类进行归档，永久保存。撤并的机构相关病历及《出生医学证明》档案应交由指定机构负责永久保存，并做好交接登记；仅取消助产技术服务资质的机构，相关病历自行负责永久保存，《出生医学证明》档案交由指定机构负责永久保存，并做好交接登记。有条件的可申请在当地档案局保管。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应当予以保密、不得泄露。

**第十六条** 全省《出生医学证明》实行计算机网络统一管理。各市要加大信息化建设进度，保证《出生医学证明》数据即

时上报，进一步加大向国家《出生医学证明》管理信息系统推送数据信息力度。建立健全系统安全和数据使用管理制度，加强数据质量管理。保障数据安全，严禁泄露公民个人信息。鼓励各地签发机构、管理机构增加人脸识别设施，在证件签发、换发和补发时对申请人开展人脸识别，确保“人”“证”一致。

管理和签发机构确定专人负责《出生医学证明》信息管理，按时接收、报送相关信息。每年3月15日前，各市卫生健康行政部门将上一年度的《出生医学证明》管理使用情况报省级管理部门（见附件5）。

**第十七条** 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》相关法律法规及文件、签发流程、证件管理、印章管理、档案管理、真伪鉴别和系统操作使用等。

**第十八条** 各级管理和签发机构应做好《出生医学证明》发放的宣传工作，在产科门诊或病房显著位置张贴“领取《出生医学证明》告知书”，并向孕产妇及家属告知申领流程及注意事项等。

## 第四章 签发管理

**第十九条** 《出生医学证明》的签发包括首次签发、换发和补发。

## 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出具《出生医学证明》。原则上由新生儿母亲向助产机构为新生儿首次申领《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) 填写首次签发登记表（见附件6）。

非新生儿母亲申领的，由新生儿监护人申领，还需提供新生儿母亲授权委托书（见附件7）和领证人有效身份证件。

**第二十一条** 在具有助产技术服务资质的医疗保健机构内（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处理的，原则上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《出生医学证明》首次签发登记工作。

**第二十二条** 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，由新生儿父母或其监护人向拟落户地县（市、区）卫生健康行政部门或其委托管理机构申领《出生医学证明》。申领时应提供除按第二十条规定的相关材料外，还需要提供：

- (一) 亲子关系声明（见附件8）。
- (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（见附件9）。附有效身份证件复印件，有相关资质证书的还需附资质证书复印件。

(四) 医疗保健机构外出生首次签发登记表（见附件10）。

医疗机构外出生的首次签发严格按照有资质的亲子鉴定证明的相关内容填写，无法核实的的信息皆划“/”，“医疗机构名称”栏注明“医疗机构外出生”字样，并在副页上注明拟落户地的信息。签发机构按照新生儿是否办理出生登记户口签发《出生医学证明》正（副）页。已办理出生登记的，只签发正页；未办理出生登记的，县（市、区）卫生健康行政部门或其委托管理机构向新生儿父母双方户籍所在地公安机关核查（核查函见附件11）进行办理，公安机关予以协助配合。

### **第二十三条 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（见附件12），签发机构应在《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) 无法核定新生儿母亲信息的新生儿，可由新生儿父亲一方申领《出生医学证明》，须提供有效身份证件原件、复印件、书面声明和具有资质的鉴定机构出具的亲子鉴定证明。新生儿父母离婚且抚养权归属父亲、新生儿母亲不配合提供有效身份证件的，可由新生儿父亲申领，并提供离婚协议和离婚证，或人民法

院生效判决书。医疗保健机构内出生的新生儿，若能提供与医疗保健机构内分娩信息一致的相关证明材料的，可凭上述材料到原分娩机构申领《出生医学证明》。医疗保健机构外出生的新生儿，向拟落户地县（市、区）卫生健康行政部门或其委托管理机构申领《出生医学证明》。签发机构参照出生情况，并依据书面声明和亲子鉴定证明签发《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、羁押或无完全民事行为能力等原因无法提交有效身份证件原件的，应提交死亡证明或死亡人员户口注销证明、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。

因父母双方均死亡、失踪等原因不能确认亲子关系的，不签发《出生医学证明》。

**第二十四条** 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1个月时间未申领的，首次申领时签发机构需核验产妇病历或分娩记录。超过1年时间未申领的还须提交有资质的鉴定机构出具的亲子鉴定证明。原助产机构撤并的，由原助产机构所在县（市、区）卫生健康行政部门或其委托管理机构办理《出生医学证明》。

**第二十五条** 签发机构应当依照新生儿父母的有效身份证件录入其父母的信息。新生儿母亲有效身份证件与住院分娩登记的

信息不一致或居民身份证无法核实身份信息的，由签发机构出具身份信息核查函（见附件 13），公安机关予以协助配合。必要时提供具有资质的鉴定机构出具的亲子鉴定证明。

**第二十六条** 《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做变更。对申请人申报新生儿出生登记欲变更新生儿姓名的，由户口登记机关按照《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》记载的新生儿姓名登记为曾用名。

## 第二节 换 发

**第二十七条** 换发是指因当事人或签发机构责任导致原《出生医学证明》无效的，原签发机构为新生儿更换《出生医学证明》。

有下列情形之一的，新生儿父母或其监护人可向原《出生医学证明》签发机构申请换发，并交回原证：

- （一）被涂改或字迹不清的；
- （二）私自拆切副页的；
- （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）严重损毁不能辨认的；
- （五）其他原因导致《出生医学证明》无效的。

原签发机构已注销或停止签发职能的，可向其所在地县



(市、区) 卫生健康行政部门或其委托管理机构申请换发。

**第二十八条** 换发时应由新生儿父母或其监护人向原签发机构提出申请，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无误后予以换发。应提交的材料包括：

(一) 新生儿父母或其监护人书面申请；

(二) 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；

(四) 原《出生医学证明》正(副)页和换发登记表(见附件14)等；

(五) 原《出生医学证明》仅记载新生儿父母一方信息的，可只提供记载一方的有效身份证件原件、复印件。

**第二十九条** 有下列情形的，需提交补充材料：

(一) 新生儿父母离婚的，取得抚养权的一方可持有效身份证件申请换领，还需提供离婚协议和离婚证，或人民法院生效裁判文书；原证记载父母双方信息的，变更信息内容不包括删除另一方信息。

(二) 申请变更父亲或母亲信息的，应提供具有资质的鉴定机构出具的亲子鉴定证明。申请变更父母双方信息的，需由原《出生医学证明》所载父母和新生儿父母均提供书面申请，并提交原《出生医学证明》、新生儿父母和原所载父母的有效身份证件、新生儿登记户口情况资料、具有资质的鉴定机构出具的亲子

鉴定证明。

(三) 新生儿父亲或母亲因死亡、失踪、羁押或无完全民事行为能力等原因无法提供有效身份证件，可由其法定监护人申请换领，还需提供新生儿父亲或母亲死亡、失踪、羁押或无完全民事行为能力的佐证材料。

**第三十条** 换发后原证件由原签发机构归档保存，并做好换发登记。

### 第三节 补 发

**第三十一条** 补发是指因遗失、被盗等情况造成《出生医学证明》丧失的，新生儿父母或其监护人到原签发机构所在地县（市、区）卫生健康行政部门或其委托管理机构申请补领与原证内容一致的《出生医学证明》，管理机构在审验相关材料无误后予以补发。应提交的材料包括：

- (一) 新生儿父母或其监护人书面申请；
- (二) 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；
- (四) 补发登记表（见附件 15）；
- (五) 新生儿分娩信息及签发档案记录等复印件；
- (六) 新生儿父母或其监护人书面遗失声明或在签发地公开发行人报纸刊声明作废。

**第三十二条** 补发时新生儿父亲或母亲因死亡、失踪、羁押

或无完全民事行为能力或原《出生医学证明》无母亲或父亲信息、新生儿父母已离婚的等情况，可参照本办法第二十九条执行。

**第三十三条** 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》，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核查，根据核查情况确定是否补发副页。

**第三十四条** 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，5个工作日内签发《出生医学证明》。对材料不齐全的，应一次性告知需要补齐的材料。

经审查不符合签发条件的，不予签发《出生医学证明》。

## 第五章 废证管理

**第三十五条** 《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证件。

**第三十六条** 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，做好调查取证，并在所在地公开发行人报纸刊登声明作废，在5个工作日内逐级将书面报告报省卫生健康委。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。对发生空白证件损毁、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，由所在地卫生健康行政部门逐级报至省卫生健康委。

**第三十七条** 管理和签发机构应落实废证信息定期报送制度（统计表见附件 16），定期上报废证统计表和分析报告，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）送交省卫生健康委。省卫生健康委于次年 3 月底前审核后集中销毁，做好销毁记录。

**第三十八条** 各级要加强废证的管理，认真登记废证编号和废证原因，严格控制废证率。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。

## 第六章 使用管理

**第三十九条** 新生儿父母或其他监护人应该在新生儿出生后一个月内，持《出生医学证明》等有关材料向公安机关申报出生登记。

对不符合签发条件未获得《出生医学证明》的新生儿，户口登记机关经调查核实后依照有关规定为其办理出生登记。

**第四十条** 公安派出所办理出生登记时，应查验《出生医学证明》真伪和填写规范情况，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，交还《出生医学证

明》正页。

发现《出生医学证明》真伪存疑的，暂不予办理出生登记，并将可疑证件和《出生医学证明》真伪鉴定委托函（见附件 17）送当地县（市、区）卫生健康行政部门或其委托管理机构进行真伪鉴定。

**第四十一条** 县（市、区）卫生健康行政部门或其委托管理机构收到可疑证件和真伪鉴定委托函后，应对证件载体作真伪鉴定，并协调签发地县（市、区）卫生健康行政部门或其委托管理机构对证件记载信息进行核查，核查后出具书面鉴定结果并反馈至户口登记机关。

本省签发《出生医学证明》的真伪鉴定，应在收到委托函 15 个工作日内出具《出生医学证明》真伪鉴定书（见附件 18）。发现伪假证件的，应当将其复印件和真伪鉴定书逐级上报至省卫生健康委备案。

**第四十二条** 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工作机制，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。

## 第七章 监督管理

**第四十三条** 《出生医学证明》的监督检查内容应包括：证件发放及使用情况；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。

**第四十四条** 《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，管理和签发机构所有相关工作人员均要签订终身责任制承诺书（见附件 19），做好存档备案。

**第四十五条** 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，对辖区《出生医学证明》的管理、签发和使用情况进行有效的监督，定期考核评估，对发现的问题及时给予指导纠正。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，依法依规给予通报批评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）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；

（五）私自调剂或交换使用《出生医学证明》的；

（六）签发《出生医学证明》时违规或搭车收费的；

(七) 年度废证率超过 1% 的；

(八) 其他违反本办法的行为。

**第四十六条** 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（见附件 20），分别作出处罚；构成犯罪的，依法追究刑事责任。

**第四十七条** 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，由申领人承担相应的法律责任。管理或签发机构应撤销相应的登记，对已收缴、撤销签发的《出生医学证明》进行封存，并书面通知新生儿母亲和父亲户口所在地公安机关。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。

## 第八章 附 则

**第四十八条** 《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。1996 年 1 月 1 日之前出生的公民，如需出生证明，以“出生公证书”为合法有效文件。

**第四十九条** 本办法涉及的有效身份证件原则上指居民身份证（中国境内公民）、护照、港澳居民来往内地通行证、台湾居民来往大陆通行证和港澳台居民居住证。

**第五十条** 本管理办法自 2021 年 3 月 20 日起施行，有效期为五年。原有关规定与本管理办法不一致的，按本管理办法执行。

- 附件：1. 《出生医学证明》签发机构及印章备案登记表  
《出生医学证明》印章刻制内容式样  
《出生医学证明》管理人员备案登记表
2. 《出生医学证明》领取审批表
3. 申领经办人（委托人）证明
4. 《出生医学证明》出入库登记本
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》首次签发登记表及登记本
7. 办理《出生医学证明》授权委托书
8. 亲子关系声明
9. 接生情况证明
10. 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
11. 户籍核查函
12. 办理《出生医学证明》书面声明
13. 身份信息核查函
14. 《出生医学证明》换发登记表及登记本
15. 《出生医学证明》补发登记表及登记本



16. 《出生医学证明》废证年（季）度统计表
17. 《出生医学证明》真伪鉴定委托函
18. 《出生医学证明》真伪鉴定书
19. 《出生医学证明》终身责任制承诺书
20. 关于《出生医学证明》监管相关法律法规

# 附件 1

## 《出生医学证明》签发机构及印章备案表

县级卫生健康行政部门（盖章）:

市级卫生健康行政部门审核（盖章）:

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			
管理人员姓名		职务	
联系电话			
证件申领人	姓名		联系电话
	有效身份证号码		
签发人	姓名		联系电话
	有效身份证号码		
印章管理人	姓名		联系电话
	有效身份证号码		
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:	

填表日期: 年 月 日

## 《出生医学证明》印章刻制内容及式样

《出生医学证明》的印章包括出生医学证明专用章和出生医学证明补发专用章，由县级卫生健康行政部门统一刻制。

一、印章刻制式样：出生医学证明专用章和补发专用章为直径 32mm 圆形图案，仿宋体字刻制。

二、印章刻制内容：

上半圈环形排列文字为“省（自治区、直辖市）行政区划名称+出生医学证明”。中间横线上方文字为：“专用章”或“补发专用章”。中间横线下方文字为：省、自治区：“地（市）行政区划名称+县（市、区）行政区划名称”；直辖市：“县（市、区）行政区划名称”。下半圈环形排列文字为“医疗保健机构或县（市、区）级卫生健康行政部门或其指定的机构全称（依据机构行政印章确定）”。



## 《出生医学证明》管理人员备案登记表

\_\_\_\_\_ 市（县）级卫生健康行政部门（盖章）

市（县）卫生健康行政部门 分管人员姓名		性别		职务	
联系方式	手机				
	办公				
	邮箱				
分管领导		职务		联系电话	
市（县）妇幼保健机构 分管人员姓名		性别		职称	
		性别		职称	
联系方式	手机				
	办公				
	邮箱				
分管领导		职务		联系电话	

备注：相关内容变更须重新上报备案登记表。

附件 2

《出生医学证明》领取申请表

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		领取人身份号码	
出生医学 证明号段		出库经办人 (手写签名)	
上级卫生健康 行政部门 (妇幼保健院)意见	签字: 年 月 日		

注：《出生医学证明》的申领实行首问负责制和审批制。

附件 3

## 申领经办人（委托人）证明

（样 表）

委托单位： \_\_\_\_\_

经办人（被委托人）： \_\_\_\_\_

联系电话（手机）： \_\_\_\_\_

（委托）办理事项： \_\_\_\_\_

经办人（被委托人）身份证明复印件粘贴处

委托单位盖章：

年 月 日

附件4

《出生医学证明》入库登记本

单位名称：\_\_\_\_\_

序号	入库日期	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

## 《出生医学证明》出库登记本

单位名称： \_\_\_\_\_

序号	出库日期	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 底库存 数(15)	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：本统计表的《出生医学证明》数量为内芯数量，单位均为“枚”。

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

## 《出生医学证明》管理使用情况年度统计表填报说明

(按表中名词出现顺序)

1. “上一年底库存数(1)”指截至上一年12月31日库存的《出生医学证明》数量;
2. “当年申领数(2)”指当年申领的空白《出生医学证明》数量(本表中“当年”均指自然年度,即1月1日至12月31日);
3. “医疗保健机构内出生的签发数”指为在具有助产技术服务资质的医疗保健机构内出生的新生儿签发的《出生医学证明》数量;
  - 3.1 “首次签发数(3)”指为医疗保健机构内出生的新生儿第一次出具的《出生医学证明》数量;
  - 3.2 “换发数(4)”指原签发机构换发的《出生医学证明》数量;
  - 3.3 “补发数(5)”指签发机构所在地县(区)级卫生行政部门补发的《出生医学证明》数量;
4. “医疗保健机构外出生的签发数”指为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签发的《出生医学证明》数量;
  - 4.1 “家庭接生员接生的签发数(7)”指出生地县(区)级卫生行政部门指定的管理机构为家庭接生员接生的新生儿签发的《出生医学证明》数量;
  - 4.2 “其他情况的签发数(8)”指为医疗保健机构外出生的新生儿签发的《出生医学证明》数量,不包括家庭接生员接生的签发数;
5. “废证数”指运输、发放、存储过程中毁损、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数量;
6. “当年年底库存数(15)”指截止当年12月31日库存的《出生医学证明》数量;
7. “当年医疗保健机构内活产数(16)”指当年在具有助产技术服务资质的医疗保健机构内出生的活产新生儿数量。

## 附件 6

## 《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) 乡(镇)			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(手印):			填表日期: 年 月 日			
签发人签字:			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附后。  
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. 新生儿姓氏原则上随父姓或随母姓。有正当理由的，可以依据全国人大关于对民法通则第九十九条第一款、婚姻法第二十二条的立法解释，在父姓和母姓之外选取姓氏，应当提交符合立法解释规定情形的相应凭证。

2. 新生儿名字（除姓氏外）原则上应使用国务院最新公布的《通用规范汉字表》中的汉字填写，不得使用汉语拼音、字母、数字和其他符号，不得使用中英文夹杂的姓名。

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”栏填写公民身份证号码）；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. 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“/”。

### 三、签发机构信息

1. “签发人签字”和“领证人签字”栏分别由签发人和领证人签字。

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。

# 《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 7

## 办理《出生医学证明》授权委托书

委托人姓名			
有效身份证件类别		证件号码	
联系电话			
受委托人姓名			
有效身份证件类别		证件号码	
联系电话			
<p>委托人（姓名）_____于____年____月____日在_____（新生儿出生地点）分娩。分娩的新生儿姓名_____，性别____（男、女）。现授权委托_____（受委托人姓名）办理《出生医学证明》。</p> <p>凡在上述委托权利内，由受委托人行为所造成的法律结果，委托人均予以承认。</p> <p>委托期限从____年____月____日起，至____年____月____日止。</p> <p>委托人签字（手印）： 年 月 日</p> <p>受委托人签字（手印）： 年 月 日</p>			

## 附件 8

# 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 \_\_\_\_\_ 分

新生儿出生地: \_\_\_\_\_ 省 \_\_\_\_\_ 市 \_\_\_\_\_ 县 \_\_\_\_\_ 乡(镇) \_\_\_\_\_ 村(街道)

因\_\_\_\_\_原因, 未在医院  
分娩。由\_\_\_\_\_ (接生人员姓名) 接生, 接生人员与新生儿关系  
系\_\_\_\_\_。

就以上情况特此声明。以上情况若不属实, 声明人愿负法律责任。

母亲签名(手印): \_\_\_\_\_ 有效身份证号: \_\_\_\_\_

日期: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

父亲签名(手印): \_\_\_\_\_ 有效身份证号: \_\_\_\_\_

日期: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

(或监护人签名(手印): \_\_\_\_\_ 有效身份证号: \_\_\_\_\_

证明人签名(手印): \_\_\_\_\_ 证明人与新生儿关系: \_\_\_\_\_

有效身份证号: \_\_\_\_\_ 日期: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

接生人签名(手印): \_\_\_\_\_ 有效身份证号: \_\_\_\_\_

日期: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日



附件 9

## 接生情况证明

(样表)

本人证明孕妇\_\_\_\_\_于\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日\_\_\_\_时  
分,在\_\_\_\_\_省\_\_\_\_\_市\_\_\_\_\_县(区)\_\_\_\_\_乡镇(办)  
村(居),分娩\_\_\_\_名\_\_\_\_男(女)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)、街办\_\_\_\_\_村(居)。

新生儿母亲有效身份证件号码:\_\_\_\_\_

以上情况属实,特此证明,并自愿承担一切法律责任和后果。

接生人员签字(手印):

有效身份证件号码:\_\_\_\_\_联系电话:\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

## 附件 10

## 医疗保健机构外出生的《出生医学证明》首次签发登记表

分娩信息、新生儿姓名及父母相关信息						
新生儿姓名		性别		出生日期	年 月 日 时 分	
出生地	省	市	县(区)	乡(镇)	出生孕周	周
健康状况	良好	一般	差	出生体重	克(g)	出生身长
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					
	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					
领证人需提交的证明材料						
1. 由新生儿父母亲笔签字的“亲子关系声明”。( ) 2. 司法行政部门登记公告的鉴定机构出具的亲子鉴定意见书。( ) 3. 新生儿父母有效身份证件原件及复印件。( ) 4. 如有接生人员, 需提供接生人员接生情况证明。( ) 5. 其他_____						
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(手印):				填表日期: 年 月 日		
签发人签字:				日期: 年 月 日		

- 注: 1. 填写首次签发登记表时, 需提供婴儿父母有效身份证件原件并提交复印件。  
 2. 表中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。  
 3. 《出生医学证明》存根等材料附表后。

## 医疗机构外出生的《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 11

## 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): \_\_\_\_\_ (有效身份证号码: \_\_\_\_\_)

谢谢!

单位: (公章)  
\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

## 附件 12

### 办理《出生医学证明》书面声明

(样表)

本人姓名\_\_\_\_\_有效身份证件号码: \_\_\_\_\_

户籍地址\_\_\_\_\_省\_\_\_\_\_市\_\_\_\_\_县(区) \_\_\_\_\_乡镇  
(办) \_\_\_\_\_村(居)。

新生儿母亲\_\_\_\_\_于\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日在\_\_\_\_\_医院  
或\_\_\_\_\_分娩 \_\_\_\_\_男(女)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 13

## 身份信息核查函

\_\_\_\_\_派出所:

\_\_\_\_\_ (有效身份证件号码: \_\_\_\_\_)

在办理《出生医学证明》核查身份信息时,遇到二代身份证识别不能通过验证或\_\_\_\_\_的问题,请予以协助核查。

谢谢!

单位: (公章)  
\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

---

## 公安机关核查回执

一、提交核查的公民身份信息

姓名: \_\_\_\_\_; 公民身份号码: \_\_\_\_\_。

二、核实结果

姓名: \_\_\_\_\_; 公民身份号码: \_\_\_\_\_。

证件照片是否一致: \_\_\_\_\_。

户籍管理机关: \_\_\_\_\_。

备注: \_\_\_\_\_。

(户籍专用章)  
年 月 日

## 附件 14

## 《出生医学证明》换发登记表

原证编号		新生儿姓名	
签发机构		原签发人员	
<b>换发原因及提供材料</b>			
申请换发原因	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。	
原证、副页交回情况		正页 <input type="checkbox"/> 正页和副页 <input type="checkbox"/>	
<b>领证人需提供和提交的证明材料</b>			
<input type="checkbox"/> 新生儿父母或其监护人的书面申请。 <input type="checkbox"/> 原签发机构提供的签发记录复印件。 <input type="checkbox"/> 新生儿父母有效身份证件原件和复印件。 <input type="checkbox"/> 领证人的有效身份证件原件和复印件。 <input type="checkbox"/> 如需变更父母信息还需要提供亲子鉴定证明。 <input type="checkbox"/> 其他			

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	省 市 县（区） 乡（镇）	医疗机构名称	
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		
<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。</p> <p><b>领证人签字（手印）:</b> _____ 填表日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日</p>			
<p><b>签发人签字:</b> _____ 日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日</p>			

注：原《出生医学证明》、新《出生医学证明》存根及材料附表后。



## 《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 15

## 《出生医学证明》补发登记表

原证编号		新生儿姓名				
签发人员		原签发机构				
申请补发原因	<input type="checkbox"/> 遗失 <input type="checkbox"/> 被盗 <input type="checkbox"/> 其他 (说明)					
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	省    市    县 (区)    乡 (镇)	医疗机构名称				
母亲信息	姓名		年 龄		民 族	
	国籍		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		民 族	
	国籍		地 址			
	有效身份证件类别			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				
<b>领证人需提供和提交的证明材料</b>						
<input type="checkbox"/> 新生儿父母或其监护人的书面申请 <input type="checkbox"/> 原签发机构提供的新生儿分娩信息及签发档案记录等复印件 <input type="checkbox"/> 新生儿父母有效身份证件原件和复印件 <input type="checkbox"/> 未落户的新生儿, 提供父母双方户籍所在地公安机关出具的该新生儿未落户证明 <input type="checkbox"/> 已落户的新生儿, 提供户口登记簿原件和复印件 <input type="checkbox"/> 新生儿父母或其监护人亲笔签名的《出生医学证明》丢失承诺声明书或公开发行报纸刊登的作废声明 <input type="checkbox"/> 领证人的有效身份证件原件和复印件 <input type="checkbox"/> 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, 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(手印): _____ 填表日期:    年    月    日</p> <p>签发人签字: _____ 日期:    年    月    日</p>						

注:《出生医学证明》存根等材料附表后。

## 《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 16

## 《出生医学证明》废证季（年）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	组织机构代码	经办人

单位负责人：\_\_\_\_\_

填表人：\_\_\_\_\_

联系方式：\_\_\_\_\_

填表日期：\_\_\_\_\_

附件 17

## 《出生医学证明》真伪鉴定委托函

\_\_\_\_\_:

现委托贵单位对姓名为\_\_\_\_\_出生证编号为  
\_\_\_\_\_等\_\_\_\_\_张《出生医学证明》真伪进行鉴别。

经办人: \_\_\_\_\_, 联系电话: \_\_\_\_\_。

委托单位 (盖章)

\_\_\_\_\_年\_\_月\_\_日

附件 18

## 《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			
申请鉴定机构		申请日期	
申请鉴定原因			
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 19

### 《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健康行政部门存档。

承诺人（手印）：

机构盖章：

日期：

## 关于《出生医学证明》监管相关法律法规

### 一、《中华人民共和国母婴保健法》

**第三十五条：**未取得国家颁发的有关合格证书的，有下列行为之一，县级以上地方人民政府卫生行政部门应当予以制止，并可以根据情节给予警告或者处以罚款：

（一）从事婚前医学检查、遗传病诊断、产前诊断或者医学技术鉴定的；

（二）施行终止妊娠手术的；

（三）出具本法规定的有关医学证明的。

前款第（三）项出具的有关医学证明无效。

**第三十七条：**从事母婴保健工作的人员违反本法规定，出具有关虚假医学证明或者进行胎儿性别鉴定的，由医疗保健机构或者卫生行政部门根据情节给予行政处分；情节严重的，依法取消执业资格。

### 二、《中华人民共和国母婴保健法实施办法》

**第四十条：**医疗、保健机构或者人员未取得母婴保健技术许可，擅自从事婚前医学检查、遗传病诊断、产前诊断、终止妊娠手术和医学技术鉴定或者出具有关医学证明的，由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



或者违法所得不足 5000 元的，并处 5000 元以上 2 万元以下的罚款。

**第四十一条：**从事母婴保健技术服务的人员出具虚假医学证明文件的，依法给予行政处分；有下列情形之一的，由原发证部门撤销相应的母婴保健技术执业资格或者医师执业证书：

- （一）因延误诊治，造成严重后果的；
- （二）给当事人身心健康造成严重后果的；
- （三）造成其他严重后果的。

### 三、《医疗机构管理条例》

**第三十二条：**未经医师（士）亲自诊查病人，医疗机构不得出具疾病诊断书、健康证明书或者死亡证明书等证明文件；未经医师（士）、助产人员亲自接产，医疗机构不得出具出生证明书或者死产报告书。

**第四十九条：**出具虚假证明文件的，由县级以上人民政府卫生行政部门予以警告；对造成危害后果的，可以处以 1000 元以下的罚款；对直接责任人员由所在单位或者上级机关给予行政处分；构成犯罪的，依法追究刑事责任。

### 四、《医疗机构管理条例实施细则》

**第八十二条：**出具虚假证明文件，情节轻微的，给予警告，并可处以五百元以下的罚款；有下列情形之一的，处以五百元以上一千元以下的罚款：

- （一）出具虚假证明文件造成延误诊治的；

(二) 出具虚假证明文件给患者精神造成伤害的;

(三) 造成其他危害后果的。

对直接责任人员由所在单位或者上级机关给予行政处分。

## 五、《中华人民共和国执业医师法》

**第三十七条:** 医师在执业活动中, 违反本法规定, 有下列行为之一的, 由县级以上人民政府卫生行政部门给予警告或者责令暂停六个月以上一年以下执业活动; 情节严重的, 吊销其执业证书; 构成犯罪的, 依法追究刑事责任: ……

(四) 未经亲自诊查、调查, 签署诊断、治疗、流行病学等证明文件或者有关出生、死亡等证明文件的;

(五) 隐匿、伪造或者擅自销毁医学文书及有关资料的; ……

(九) 泄露患者隐私, 造成严重后果的;

(十) 利用职务之便, 索取、非法收受患者财物或者牟取其他不正当利益的;

……。

## 六、《中华人民共和国刑法》

**第二百五十三条之一:** 国家机关或者金融、电信、交通、教育、医疗等单位的工作人员, 违反国家规定, 将本单位在履行职责或者提供服务过程中获得的公民个人信息, 出售或者非法提供给他人, 情节严重的, 处三年以下有期徒刑或者拘役, 并处或者单处罚金。窃取或者以其他方法非法获取上述信息, 情节严重的, 依照前款的规定处罚。单位犯前两款罪的, 对单位判处罚金, 并

对其直接负责的主管人员和其他直接责任人员，依照各该款的规定处罚。

**第二百八十条：**伪造、变造、变卖或者盗窃、抢夺、毁灭国家机关的公文、证件、印章的，处三年以下有期徒刑、拘役、管制或者剥夺政治权利；情节严重的，处三年以上十年以下有期徒刑，并处罚金。

