

HNPR—2025—20005

湘卫发〔2025〕8号

湖南省卫生健康委 湖南省公安厅关于印发 《湖南省出生医学证明管理办法》的通知

各市州卫生健康委、公安局：

现将《湖南省出生医学证明管理办法》印发给你们，请遵照执行。

湖南省卫生健康委

湖南省公安厅

2025年4月26日

（信息公开形式：主动公开）

湖南省出生医学证明管理办法

第一章 总 则

第一条 为进一步规范出生医学证明管理，加强母婴保健工作，保障公民合法权益，根据《中华人民共和国母婴保健法》及其实施办法等法律法规与规章，结合我省实际，制定本办法。

第二条 出生医学证明是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、公安机关和出生医学证明委托管理、签发机构（县级卫生健康行政部门或其指定出具出生医学证明的机构）及其相关工作人员均应遵守本办法。

第四条 在本省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，或在助产机构外出生且拟在本省落户的新生儿，应当依法获得国家卫生健康委统一制发的出生医学证明。

第五条 1996年1月1日（边远地区3月1日）后在中华人民共和国境内（港澳台地区出生的新生儿按港澳台的相关规定在当地申领）出生的公民，使用国家统一依法制发的出生医学证明。1996年1月1日前出生的公民，不予签发统一制发的出生医学证明，如有需要，以出生公证书为准。

第二章 工作职责

第六条 省卫生健康委负责全省出生医学证明管理和业务指导，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。各市州（以下简称“市级”）、县（市、区，以下简称“县级”）卫生健康行政部门负责本辖区出生医学证明具体管理和监督，可书面委托同级妇幼保健机构承担出生医学证明事务性管理工作。受委托的妇幼保健机构（以下简称“委托管理机构”）应明确主管领导，设专职人员，做好出生医学证明相关事务性管理工作。各级卫生健康行政部门应加强本辖区出生医学证明管理和签发人员培训，每年至少培训 1 次。

第七条 出生医学证明实行属地管理。县级卫生健康行政部门负责对辖区内出生医学证明委托管理机构和签发机构进行审核登记，经市级卫生健康行政部门现场复核同意后通报同级公安机关，并报省卫生健康委备案（见附件 1、2）。各级卫生健康行政部门应主动向社会公开辖区出生医学证明委托管理机构和签发机构名单，并动态更新管理。建立卫健、公安等多部门工作协同机制，及时解决出生医学证明管理中的重点难点问题。

第八条 公安机关在工作中应加强对出生医学证明的查验，严厉打击伪造、变造、买卖出生医学证明等违法犯罪行为。

第九条 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原始凭证。对通过“高效办成一件事”多证联办的服务对象，直接线上调用并打印出生医学证明电子证

照作为户口登记及原始凭证留存。

公安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，将可疑证件函送至其所在地县级卫生健康行政部门或其委托管理机构进行真伪鉴定。所在地县级卫生健康行政部门或其委托管理机构应统一受理，对证件载体作真伪鉴定，并协调签发地县级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。在对证件载体和证件记载信息核查后，所在地县级卫生健康行政部门或其委托管理机构出具书面鉴定结果并反馈至公安机关。如本级无法鉴定的可送至上一级卫生健康行政部门或其委托管理机构进行鉴定。各级卫生健康行政部门或其委托管理机构发现伪假证件时应当及时通报当地公安机关，并将证件复印件和真伪鉴定书逐级报送至国家卫生健康委或其委托管理机构备案。

第十条 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，严禁泄露相关信息。签发机构应分设专人负责出生医学证明管理、签发和盖章，并将名单报县级出生医学证明委托管理机构备案；按程序逐级上报至省级委托管理机构备案，人员更换后在15个工作日内重新备案。

第十一条 市、县级出生医学证明委托管理机构负责辖区内各签发机构的湖南省妇幼卫生信息直报管理系统账号和权限

管理，账号实行专人专用，不得多人共用。签发机构已经注销或已停止签发职能的，由其所在地县级卫生健康行政部门及时向社会公告，15个工作日内收回空白证件和专用章，并逐级书面上报至省级委托管理机构调整该签发机构的账号信息和签发权限；该签发机构档案保管和后续签发工作应交由县级卫生健康行政部门指定机构负责。

第十二条 建立孕产妇实名认证工作制度，各级助产机构、签发机构应严格履行“人证”身份核验工作职责。在入院待产时、分娩时和证件签发时开展“刷脸比对”，核验孕产妇、证件申领人身份信息，“人证”一致通过后打印孕产妇人证信息核验表，由新生儿母亲及采集者现场签字确认，在产妇病历中归档保存。助产、签发机构发现通过人脸识别无法核验孕产妇身份的，应留存人像、指纹等相关影像资料，同步通过电子身份证、护照、社会保障卡、驾驶证等国家法定身份证件核验。对身份无法核实、拒绝进行身份核验的孕产妇，在分娩系统“人证核验是否一致”一栏中标识“不一致”，并锁定其分娩信息不予签发出生医学证明。对于孕产妇涉嫌使用伪造、变造、骗领的或者盗用、冒用他人的居民身份证、护照等依法可以用于证明身份的证件的，发现单位应及时向属地公安机关报案，提供相关证据材料，配合公安机关依法调查处理。

助产机构应将申领出生医学证明的条件、流程、办证时限、注意事项等以适当形式进行公开，指导孕产妇在住院分娩期间，

签署出生医学证明签发知情告知书（见附件3）。

第三章 证件管理

第十三条 空白出生医学证明管理实行逐级上报计划、申领配发制度。各级委托管理机构和签发机构根据年度需求制定计划并逐级上报，各市州次年申领数量应于当年10月15日前书面报省卫生健康委。各级委托管理机构和签发机构按季度申领、配发出生医学证明，并填报季度配发表（见附件4）。

第十四条 各级委托管理和签发机构要建立出入库登记签字制度，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5）。如有损坏、编号或数量有误等情况，应及时查明原因，并逐级上报至省卫生健康委。出生医学证明一经出库，原则上不得进行调剂，确需调剂的由上级卫生健康行政部门审核同意后进行调拨。

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库房或保险柜中，保险柜不得存放其他无关物品。存放房间应加设铁门、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 3 个月。

（四）委托管理机构和签发机构同属一个机构的，应将辖区和本机构的空白出生医学证明分设专人管理，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，签发人员轮换时应做好当日当班的交接记录（见附件 6）。

第十五条 各级委托管理机构和签发机构要严格执行出生医学证明存放专人管理，相关工作人员应为本单位在编在岗（民营医院应为签订劳动合同）的职工，经县级卫生健康行政部门培训考核合格后方可上岗。

第十六条 各级委托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级卫生健康行政部门按照有关规定统一监制，印模式样需抄送至同级公安机关并逐级上报至省卫生健康委备案。

（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，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，须及时报告县级卫生健康行政部门，申请刻制新印章的，应按照有关程序抄送至同级公安机关和上级卫生健康行政部门备案。

（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辖区县级卫生健康行政部门，并做好登记、销毁备案等管理工作；县级卫生健康行政部门需抄送至同级公安机关并逐级上报至省卫生健康委备案。

（六）签发机构应根据《国务院办公厅关于加快推进电子证照扩大应用领域和全国互通互认的意见》（国办发〔2022〕3 号）要求，申请依据实体印章制作电子印章，用于制作出生医学证明电子证照。

第四章 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。

第十八条 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（通过“高效办成一件事”申请落户的，签发机构应在副页上加盖专用印章，连同正页交监护人保存），存根由签发机构留存。

第一节 首次签发

第十九条 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）新生儿出生医学记录（见附件 7）；

（三）新生儿父母的结婚证原件及复印件。

第二十条 领证人不是新生儿母亲本人的，必须提供新生儿母亲签字的授权委托书（见附件 8），同时提供本人有效身份证件原件、复印件并进行身份核验。对不能通过人证核验或无法核实身份信息的，不予签发出生医学证明，并由签发机构将不予签发出生医学证明的说明函告公安机关。

第二十一条 在具有签发资质的助产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，签发人员打印首次签发登记表，与新生儿出生医学记录相关信息核对，经盖章人员审核无误后规范签发出生医学证明，并做好首次签发登记。

第二十二条 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等处理的，该机构应主动告知新生儿母亲及时向机构所在地县级卫生健康行政部门指定的签发机构申领出生医学证明。申领时除按第十九条规定提供相关材料外，还应提交该助产机构产妇病历复印件。

第二十三条 在助产机构外出生的新生儿，由本人或其监护人向拟落户地县级委托管理机构申领出生医学证明。县级委托管理机构应当按相关规定为下列情形的助产机构外出生的新生儿签发出生医学证明：一是既往由原“家庭接生员”接生的；

二是因急产分娩后在不具备助产技术服务资质的医疗机构或由“120”出诊进行了医疗处理的。

申领时除按第十九条规定提供相关材料外，还需要提供：

（一）亲子关系声明（见附件 9）。

（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 10）。

（四）助产机构外出生首次签发登记表（见附件 11）。

（五）符合助产机构外签发情形的佐证材料。

不符合上述签发情形的，原则上不予签发，并由拟落户地的县级委托管理机构将不予签发出生医学证明的说明函告公安机关。

第二十四条 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，而出生医学证明上不需要填写父亲信息的，新生儿母亲须出具书面声明（见附件 12）、分娩病历复印件，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等材料与存根一并保存。

（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，而出生医学证明上不需要填写母亲信息的，助产机构内出生的新生儿，须凭本人的有效身份证件

原件、复印件、书面声明（见附件 12）、具有资质的鉴定机构出具的亲子鉴定证明以及助产机构内分娩产妇、新生儿信息一致的证明材料，按照助产机构内出生情形申请出生医学证明。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）新生儿出生时无法提供其父母依法取得的《结婚证》，或属于非婚生育，而出生医学证明上需要填写父亲信息的，需提供新生儿父母的非婚生育说明及父子（女）亲子鉴定证明。

（四）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，而出生医学证明上需要填写母亲或父亲信息的，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、失踪的证明材料或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。

（五）新生儿母亲不满 18 周岁的，应在新生儿母亲监护人的陪同下申领，并出具监护人证明材料。若新生儿母亲不满 18 周岁且死亡的，应由新生儿母亲的监护人持其死亡证明及监护人身份证明材料申领。新生儿母亲无民事行为能力或限制民事行为能力的，应由其监护人携带完全或部分丧失民事行为能力凭据及监护人身份证明材料申领。

第二十五条 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6个月未申领的，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，由原助产机构所在地县级委托管理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，参照第二十三条办理。

第二十六条 新生儿母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，同时查验能证明新生儿母亲与住院分娩登记者为同一人的材料（指纹或笔迹鉴定）。产妇住院分娩时已通过“人证核验”刷脸认证的，不予变更新生儿母亲信息。

第二十七条 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 and 数据信息进行更改。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。

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；选取第三方姓氏的，需符合有关规定并提交相应身份信息的佐证材料。新生儿中文姓名应当使用通用规范汉字填写。

第二节 换发

第二十八条 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，或具有下列情形之一的新生儿更换出生医学证明。

（一）因不能进行出生登记而需变更新生儿姓名的（需提供户口登记机关出具的相关证明）；

（二）当事人提供具有资质的鉴定机构有关亲子鉴定的证明，要求变更父亲或母亲信息的（通过“人证核验”刷脸认证的，不予变更新生儿母亲信息）；

（三）确有证据或者经调查核实，证实新生儿的出生日期等项目内容确实登记错误的。

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时，需同时交回旧证。

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 换发时应由当事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。当事人应提交以下材料：

（一）当事人书面申请；

（二）当事人有效身份证件原件、复印件；

（三）如当事人不是父母，则需提供父母有效身份证件原件、复印件以及父母授权委托书；

（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（见附件 13）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有效身份证件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有效身份证件的书面声明。

签发时使用新生儿父母军官证信息的，如需申请变更为居民身份证信息，应提供居民身份证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亲子鉴定证明、原出生医学证明所载父母的书面申请及有效身份证件，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，新生儿父母持亲子鉴定证明到落户地公安机关申请撤销出生登记，同时，将原出生医学证明正、副页交回签发机构。对原落户地公安机关不能提供出生医学证明副页的，应由该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。

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，申领时应提供第二十四条第（四）项规定的相关材料。

第三十一条 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。

第三十二条 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。原签发机构撤并的，当事人需持第三十条规定的相关材料，到原签发机构所在地县级委托管理机构换发。

第三节 补发

第三十三条 补发是指原签发机构所在地县级委托管理机构为因遗失、被盗等情况造成出生医学证明丧失的新生儿补办出生医学证明。

补发时应由当事人到原签发地县级委托管理机构提出申请，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）当事人书面申请；
- （二）当事人有效身份证件原件、复印件；
- （三）如当事人不是父母，则需提供父母有效身份证件原件、复印件以及父母授权委托书；
- （四）原出生医学证明存根或副页的复印件（加盖原存放单位印章），补发登记表（见附件 14）、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（见附件 15）。

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有效身份证件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有效身份证件的书面声明。

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，申领时应提供第二十四条第（四）项规定的相关材料。

第三十四条 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，县级卫生健

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（见附件 16），根据公安机关反馈落户情况，予以补发副页。

第三十五条 委托管理机构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，予以签发出生医学证明。

第三十六条 助产机构内出生的新生儿首次签发出生医学证明的，新生儿父母可选择“高效办成一件事”进行线上申领。超过 6 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 5 个工作日内审核签发。正页和已加盖“已通过湖南省‘一件事一次办’申请落户”印章的副页交申领人。因申领人上传有关材料不符合要求的，签发人员可驳回，申领人需重新申领。

第五章 废证管理

第三十七条 出生医学证明废证是指因运输、保管不善导致空白出生医学证明毁损、遗失，或在签发时因打印、填写错误未签发的证件。对投入使用超过 2 年的证件作废证处理，不予签发使用。

第三十八条 管理、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，并在湖南省妇幼卫生信息直报管理系统作废处理，在 5 个工作日内将遗失空白出生医

学证明编号抄送同级公安户口登记部门并逐级书面报告至省卫生健康委。一次遗失 5 张及以上的，由省卫生健康委上报至国家卫生健康委备案。

其他种类的废证，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级卫生健康委。

第三十九条 管理和签发机构应落实废证信息管理制度，按季度报送废证季度统计表（见附件 17），市级卫生健康行政部门于每季度第一个月 15 日前汇总填报上季度废证统计表至省卫生健康委，废证原件（遗失的除外）按季度与统计表同时逐级交至省卫生健康委。省卫生健康委于次年的 3 月 31 日前对废证统一集中销毁，并做好销毁记录。

第四十条 管理和签发机构要加强废证的管理，落实废证审核与交接双签名制度，严格控制废证率。各级卫生健康行政部门要对辖区年度废证率超过 1% 的签发机构进行监督指导，责令整改。

第六章 档案管理

第四十一条 各级委托管理、签发机构要建立健全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。签发机构撤销资质的，将其出生医学证明档案资料按上述要求整理后移交县级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，合并后的新机构经审核登记备案后负责出生医学证明签发；签发机构取消资质的，其出生医学证明档案资料按上述要求整理后继续妥善管理，由县级委托管理机构负责其出生医学证明签发。

第四十二条 出生医学证明档案一律不得外借。公安机关、审判机关等国家机关履行其法定职责时需查阅个人出生医学证明档案的，应出具书面协查函（加盖公章），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，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。出生医学证明档案室应当留存查阅人的身份证件复印件和协查函。

第四十三条 使用出生医学证明档案的单位、组织和个人，不得擅自涂改、批注、圈划、毁损及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。

第七章 信息管理

第四十四条 委托管理、签发机构为出生医学证明相关信息管理工作的责任主体。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。委托管理、签发机构的相关工作人员对因管理、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。

管理、签发机构统一使用湖南省妇幼卫生信息直报管理系统进行出生医学证明管理和签发，使用专用计算机，严禁另作他用。市级、县级委托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。

第八章 法律责任

第四十五条 出生医学证明管理和签发实行终身责任追究制度。各级证件委托管理机构和签发机构主要负责人为第一责任人，管理人员和签发人员需签订出生医学证明终身责任制承诺书（见附件 18）。

第四十六条 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，由所属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质等处理。

（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的签发机构、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。

第四十七条 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。

第四十八条 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。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

第四十九条 本办法与省卫生健康委以往发布的有关出生医学证明的规定有不一致的，以本办法为准。

第五十条 有效身份证件是指居民身份证、户口簿、护照、港澳居民来往内地通行证、台湾居民来往大陆通行证、港澳台

居民居住证。

第五十一条 本办法自 2025 年 6 月 1 日起正式施行，有效期五年。

- 附件：
1. 出生医学证明签发机构及印章备案表
 2. 出生医学证明管理备案表
 3. 出生医学证明签发知情告知书
 4. 出生医学证明季度配发表
 5. 出生医学证明出入库登记本
 6. 出生医学证明空白证件出入保险柜交接登记本
 7. 新生儿出生医学记录
 8. 办理出生医学证明授权委托书
 9. 亲子关系声明
 10. 情况证明
 11. 助产机构外出生的出生医学证明首次签发登记表
 12. 办理单亲出生医学证明书面声明
 13. 出生医学证明换发申请表
 14. 出生医学证明补发申请表
 15. 出生医学证明丢失承诺声明书
 16. 户籍核查函
 17. 出生医学证明废证统计表
 18. 出生医学证明终身责任制承诺书

附件 1

出生医学证明签发机构及印章备案表

医疗保健机构（盖章）

签发机构名称		组织机构代码	
通讯地址		邮政编码	
法定代表人		联系电话	
分管负责人 及其职务		联系电话	
管理责任 科室名称		办公电话	
		电子邮箱	
管理责任科室 负 责 人		身份证号码	
		手机号码	
产科负责人		身份证号码	
		手机号码	
证件申领人		身份证号码	
		手机号码	
证件签发人		身份证号码	
		手机号码	
印章使用管理人		身份证号码	
		手机号码	
印章启用时间	年 月 日	印章终止时间	年 月 日
出生医学证明专用章式样：		出生医学证明补发专用章式样：	

填报日期：__年__月__日

附件 2

出生医学证明管理备案表

卫生健康行政 部门名称		法 定 代 表 人	
通 讯 地 址		邮 政 编 码	
分管负责人 及其职务		办公电话	
		手机号码	
内设责任部门 名 称		办公电话	
		电子邮箱	
内设责任部门 负 责 人		办公电话	
		手机号码	
证件管理 责 任 人		手机号码	
		电子邮箱	
委托管理 机构名称		法 定 代 表 人	
通 讯 地 址		邮 政 编 码	
分管负责人 及其职务		办公电话	
		手机号码	
责任科室 名 称		办公电话	
		电子邮箱	

责任科室 负 责 人		办公电话	
		手机号码	
证件管理 责 任 人		手机号码	
		电子邮箱	
信息管理 责 任 人		手机号码	
		电子邮箱	
委托管理 起始时间	年 月 日	委托管理 终止时间	年 月 日
<div>委托机构</div> <div>盖章</div> <div>年 月 日</div>		<div>受委托机构</div> <div>盖章</div> <div>年 月 日</div>	

附件 3

出生医学证明签发知情告知书

医疗保健机构：_____

产妇姓名：_____		（住院病历号：_____）：							
<p>您好！为了维护您和新生儿的合法权益，确保顺利办理出生医学证明，现将有关情况告知如下：</p> <p>一、为落实国家打击拐卖人口犯罪相关政策要求，请您和新生儿父亲配合医院开展刷脸身份认证工作，并准确填写本人身份信息。对于以他人名义办理入院、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领人持虚假身份证件、拒绝进行身份核验、人脸识别不通过的，请配合医院留存相关影像、指纹资料，同时医院将依法依规不予签发出生医学证明。</p> <p>二、当您和新生儿父亲提供的身份信息（包括姓名、居民身份证号码等）与领证时提供的信息不一致，可能导致无法顺利为新生儿办理出生医学证明。</p> <p>三、出生医学证明由新生儿母亲或其授权委托人申请；新生儿父母已经死亡或者没有监护能力的，由能提供证明材料的其他监护人（如法定监护、遗嘱监护、协议监护和指定监护人等）提出申请。</p> <p>四、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。新生儿出生超过 6 个月未申领的，须提交有资质的鉴定机构出具的亲子鉴定证明原件。</p> <p>五、为了提高您的办证办事效率，推荐通过“高效办成一件事”线上申领出生医学证明；因特殊原因无法线上申领的，须到签发机构出生医学证明办理窗口现场办理。</p>									
<p>我已经认真阅读并知晓上述知情告知内容，</p> <table><tr><td>新生儿母亲姓名（签名并按手印）：</td><td>新生儿父亲姓名（签名并按手印）：</td></tr><tr><td>证件类型及号码：</td><td>证件类型及号码：</td></tr><tr><td>签字时间：_____年_____月_____日</td><td>签字时间：_____年_____月_____日</td></tr></table>				新生儿母亲姓名（签名并按手印）：	新生儿父亲姓名（签名并按手印）：	证件类型及号码：	证件类型及号码：	签字时间：_____年_____月_____日	签字时间：_____年_____月_____日
新生儿母亲姓名（签名并按手印）：	新生儿父亲姓名（签名并按手印）：								
证件类型及号码：	证件类型及号码：								
签字时间：_____年_____月_____日	签字时间：_____年_____月_____日								
<p>核验方式：<input type="checkbox"/>身份核验设备 <input type="checkbox"/>小程序 <input type="checkbox"/>人工核验</p> <p>新生儿母亲核验结果：<input type="checkbox"/>通过 <input type="checkbox"/>不通过 <input type="checkbox"/>拒绝核验（原因：_____）</p> <p>无法刷脸等特殊情况： <input type="checkbox"/>已录像（拍照） <input type="checkbox"/>未录像（拍照） <input type="checkbox"/>已报警</p> <table><tr><td>身份核验人 1 签名：</td><td>身份核验人 2 签名：</td></tr><tr><td>身份核验日期：</td><td>身份核验科室（盖章）：</td></tr></table>				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）：		
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应按规定保存于签发档案中。

附件 4

出生医学证明季度配发表

市州： _____ 医疗保健机构名称（盖章）： _____ 统一社会信用代码： _____

上季度申 领数 (1)	上季度使用情况															本季度 申领前 库存数 (17)	上季度 医疗保 健机构 内活产 数 (18)	本季度申领数 (19)
	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 (16)			
	当年出 生首次 签发数 (2)	既往年度 出生的首 次签发数 (3)	换发数 (4)	补发数 (5)	小计 (6)	首次签 发数 (7)	换发数 (8)	补发数 (9)	小计 (10)	因打印 或填写 错误数 (11)	遗失数 (12)	损毁数 (13)	其他原 因数 (14)	小计 (15)				

填报人： _____ 联系方式： _____ 填报日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日

注：①本统计表的出生医学证明数量单位均为“张”；
②表中逻辑关系：(6)=(2)+(3)+(4)+(5)；(10)=(7)+(8)+(9)；(15)=(11)+(12)+(13)+(14)；(16)=(6)+(10)+(15)。

附件 5

出生医学证明出入库登记本

_____年 第_____页

序号	日期	入库数量	出库数量	起始编号	终止编号	库存数	申领单位	出库签名		入库签名	
								申领人/经办人	经办人/审核人	经办人/审核人	经办人/审核人

注：1. “入库”中“经办人”为本级空白证件管理人，“审核人”为本级印章管理人（两人一起清点后入库）；
2. “出库”中“申领人”为下级机构证件申领人，“经办人”为本级空白证件管理人。

附件 6

出生医学证明空白证件出入保险柜交接登记本

_____年 第_____页

日期	接班库存数	当班使用数	交班库存数	交班者签名	接班者签名	备注

附件 7

新生儿出生医学记录

新生儿姓名		性别		出生孕周		周
出生时间	年 月 日 时 分					
出生体重	克		出生身长		厘米	
出生地点	省 市（州） 县（市、区）					
出生时健康状况	良好 <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 差 <input type="checkbox"/>					
母亲姓名		年龄		岁	住院号	
国 籍				民 族		
有效身份证件种类				证件号码		
家庭住址				联系电话		
孕 产 史	孕 产			入院日期		
分娩方式	自然分娩 <input type="checkbox"/> 剖宫产 <input type="checkbox"/>			出院日期		
接生机构	(盖章)			接生人员	(签字)	
记录人员	(签字)			记录日期		
父亲姓名				年 龄		
国 籍				民 族		
有效身份证件种类				证件号码		
家庭住址				联系电话		

注：1. 本记录由产科或产房人员填写；
2. 本记录作为签发出生医学证明的依据并与出生医学证明存根一起存档；
3. 父亲信息由母亲提供。

附件 8

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：

受托人姓名：

有效身份证件类别：

有效身份证件号码：

联系电话：

受托人与委托人关系：

委托人因不能亲自来_____医院办理新生儿_____（新生儿姓名）出生医学证明申领事宜，特授权受托人_____代理办理。受托人在办理上述事项中的一切行为后果，委托人均予以承担。

委托期限自委托人签署授权委托书之日起至受托人领取出生医学证明之日止。

委托人签字（按手印）：

年 月 日

受托人签字（按手印）：

年 月 日

附件 9

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 : _____

婴儿出生时间 : _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 时 _____ 分

出生地点 : _____ 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 _____。

以上情况若不属实, 愿负法律责任。

母亲签名 (手印) : _____ 身份证号 : _____

日 期 : _____ 年 _____ 月 _____ 日

父亲签名 (手印) : _____ 身份证号 : _____

日 期 : _____ 年 _____ 月 _____ 日

或监护人签名 (手印) : _____ 身份证号 : _____

证明人签名 (手印) : _____ 证明人与新生儿关系 : _____

日 期 : _____ 年 _____ 月 _____ 日

附件 10

情况证明

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）：

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：

年 月 日

附件 11

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"/> 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）									
<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。									
<input type="checkbox"/> 其他机构外出生的佐证材料									
县（区）级卫生健康行政部门意见：									
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得变更。									
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。

附件 12

办理单亲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

新生儿母亲_____于_____年____月____日在_____医院

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风险。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风险和法律纠纷，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

出生医学证明换发申请表

产妇姓名		新生儿姓名	
接生机构		出生日期	
换发原因	打印错误 <input type="checkbox"/> 项目不全 <input type="checkbox"/> 私拆副页 <input type="checkbox"/> 未盖印章 <input type="checkbox"/> 非法印制 <input type="checkbox"/> 信息不实 <input type="checkbox"/> 其他原因 <input type="checkbox"/>		
信息变更 情况要求	变更前：		变更后：
以上内容由申领人填写，真实无误，如虚构伪造，愿承担相应法律责任。 申领人有效身份证件种类与号码： 申领人与新生儿关系： 申领人签字： <div style="text-align: right;">年 月 日</div>			
原证编号			
换发机构			
换发人员		换发日期	
相关证明材料列表			
1. 申请人提交的出生医学证明换发申请书（ ） 2. 如需要变更父母信息还需要提供亲子鉴定证明原件（ ） 3. 原出生医学证明正页、副页原件（ ） 4. 新生儿父母或监护人有效身份证件原件和复印件（ ） 5. 申领人有效身份证件原件和复印件（ ） 6. 需要提交的其他材料（ ） (上述材料请与换发的出生医学证明存根一起粘贴在此登记表后永久保存)			

附件 14

出生医学证明补发申请表

产妇姓名		身份证号码	
新生儿姓名		出生日期	
分娩机构		补发原因	1、遗失 2、被盗 3、其它
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		
<p>以上内容由申领人填写，请签字确认，并承担相应法律责任。</p> <p>申领人身份证号码：</p> <p>申领人与新生儿关系： 申领人签字： 年 月 日</p>			
原证编号			
补发机构			
补发人员	(签字)	补发日期	
相关证明材料列表			
<ol style="list-style-type: none"> 1. 婴儿父母或监护人签名和加盖手指纹印的出生医学证明遗失声明书 () 2. 首次签发机构出具的《新生儿出生医学记录》或相应的病历资料复印件 () 3. 原签发机构提供的原出生医学证明存根复印件 () 4. 新生儿父母或监护人及领证人有效身份证件原件及复印件 () 5. 需要提交的其他材料 () <p>(上述材料请与补发出生医学证明存根一起粘贴在此登记表上永久保存)</p>			

附件 15

出生医学证明丢失承诺声明书

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 16

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 17

出生医学证明废证统计表

市州：_____ 医疗保健机构（盖章）：_____ _____年 第_____季度

县（区）	机构名称	出生医学证明编号/号段	数量（张）	系统是否作废	经办人	审核人
合 计						

填报人：_____ 联系方式：_____ 填报日期：_____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：

