

湖北省卫生健康委 湖北省公安厅关于印发
《湖北省出生医学证明管理办法》的通知
(鄂卫发〔2025〕2号)

各市、州、直管市、神农架林区卫生健康委、公安局：

为进一步加强全省《出生医学证明》管理，确保出生医学证明的严肃性、有效性、唯一性、准确性，根据《中华人民共和国母婴保健法》及其实施办法，以及国务院办公厅、国家卫生健康委、公安部有关文件精神，结合我省实际，省卫生健康委、省公安厅联合修订了《湖北省出生医学证明管理办法》(鄂卫规〔2019〕2号)。现印发给你们，请遵照执行。

2025年1月27日

湖北省出生医学证明管理办法

第一章 总 则

湖北省卫生健康委员会规范性文件

第一条 为进一步加强全省《出生医学证明》管理，保障公民合法权益，依据《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》、《湖北省实施〈中华人民共和国母婴保健法〉办法》，以及国家卫生健康委、公安部出生医学证明管理相关规定，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，证明新生儿出生时健康、自然状况、血亲关系，以及申报国籍、户籍取得公民身份号码的法定医学证明。

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，实行一人一证管理，任何单位和个人不得自行印制、擅自发放、收取费用。

第四条 《出生医学证明》分为三联，第一联为正页，由申领人保存；第二联为副页，由公安机关作为出生户口登记原始凭证永久保存；第三联为存根页，由签发机构永久保存。

第五条 湖北省内各级卫生健康行政部门、出生医学证明委托管理机构和签发机构及相应工作人员和各级公安机关工作人员，均应遵守本管理办法，分别做好出生医学证明管理和使用等相关工作。

第六条 医疗机构应当按照国家和省相关规定，为在湖北省行政区域内出生的新生儿出具统一制发的《出生医学证明》。

第二章 职责分工

第七条 省级卫生健康行政部门负责全省《出生医学证明》管理、监督指导，各市（州）、县（市、区）卫生健康行政部门负责辖区《出生医学证明》管理、监督、指导工作。

第八条 各级卫生健康行政部门可以委托同级妇幼保健机构为《出生医学证明》管理机构（以下简称“管理机构”），承担《出生医学证明》的事务性管理工作。各级管理机构应明确本机构《出生医学证明》管理部门，负责辖区内《出生医学证明》的申领、发放、信息统计、监督指导、使用培训、核查鉴别及《出生医学证明》管理信息系统的日常运维等事务性管理工作。

第九条 县级卫生健康行政部门应按照《出生医学证明》签发机构基本要求，对辖区内助产机构进行评估，评估合格后方可确定为《出生医学证明》签发机构（以下简称“签发机构”）。签发机构应明确《出生医学证明》管理部门及负责人，负责《出生医学证明》的签发管理工作。

县级卫生健康行政部门应将辖区内《出生医学证明》签发机构及专用章备案表报上一级卫生健康行政部门和管理机构备案，

并将辖区内签发机构名单主动向社会公开，接受社会监督，实行动态管理。

第十条 助产机构负责产妇身份核验、住院分娩信息管理工作，确保产妇身份信息真实有效。不得因产妇身份核验结果未通过或其他理由拒收产妇入院，应保障母婴安全。

第十一条 各级管理机构、签发机构应建立健全《出生医学证明》空白证件管理、人员管理、印章管理、废证管理、信息管理、档案管理、信息安全保密等制度，由专人分别负责《出生医学证明》空白证管理、签发管理和印章（含电子印章）管理，不得使用临时聘用人员或借调人员从事《出生医学证明》管理和签发工作。

第十二条 各级管理机构、签发机构负责人是本机构出生医学证明管理工作的第一责任人，《出生医学证明》管理和签发人员应签署责任承诺书，实行终身追责，相关人员信息应报送同级卫生健康行政部门备案。工作人员上岗前应接受县级及以上卫生健康行政部门组织的业务及相关法律法规等培训。

第十三条 各级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，加强证件检查核验，依法严厉打击伪造、变造、盗窃、骗取《出生医学证明》空白证、印章，以

及买卖、使用伪造《出生医学证明》等违法犯罪行为。发现虚假、不实信息或伪造、变造的《出生医学证明》，及时依法处理并通报同级卫生健康行政部门核查处理、反馈。

各级公安机关依据《出生医学证明》办理出生户口登记，并留存《出生医学证明》副页作为新生儿出生登记的原始凭证。

第三章 证章管理

第十四条 《出生医学证明》空白证实行逐级申领与发放制度。空白证管理要求如下：

（一）各市（州）、县（市、区）卫生健康行政部门或管理机构，依据本地区本年度活产数、证件使用情况及库存数制定下一年度空白证申领计划，填写《母婴保健法律证件申领计划表》，并于每年10月15日以前逐级上报至省级卫生健康行政部门，省级卫生健康行政部门制定全省申领计划上报至国家卫生健康委员会。

（二）各级管理机构按要求每季度向上一级管理机构申领《出生医学证明》空白证，提交的《出生医学证明空白证领取申请表》应加盖同级卫生健康行政部门印章。如超计划申领，应由同级卫生健康行政部门提交申请，经上级卫生健康行政部门审核通过后方可发放。签发机构申领空白证时，应提交机构盖章的《出

生医学证明空白证领取申请表》及申领人有效身份证件，申领人应为签发机构空白证管理人员。

（三）管理机构和签发机构应建立空白证出入库登记制度，使用《湖北省出生医学证明空白证出入库登记簿》进行登记，详细记录号段、流向等信息，确保每一份证件能追踪到最终流向。空白证入库时至少有 2 名证件管理人员现场验收，发现证件损坏、编号有误或数量不符的，应及时登记，停止使用，并上报同级或上级管理机构。空白证应按编号顺序发放，不得跳号。

（四）各级管理机构应掌握辖区《出生医学证明》空白证库存和使用情况，签发机构出现库存过多以及签发资格取消等情况，由管理机构及时收回空白证，按需求调整到本辖区其他签发机构使用，调出机构、管理机构和调入机构均应做好出入库登记。

（五）管理机构和签发机构发现《出生医学证明》空白证遗失时，应立即向当地公安机关报案，封锁现场，做好调查取证，将遗失证件登记为废证并在所在地公开发行人报刊登作废声明，于 2 小时内上报至省级卫生健康行政部门，5 个工作日内将遗失情况书面报告报省级卫生健康行政部门，省级卫生健康行政部门及时将遗失证件及编号等情况上报至国家卫生健康委员会。

(六)《出生医学证明》空白证保管场所实行双人双锁管理,房间应配有门锁、柜锁、铁门、铁窗和保险柜,门口和室内应安装监控、灭火设备等安全装置。空白证的运送和保管应由专人负责,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、防火、防盗等措施齐全。

第十五条 废证是指空白证毁损、遗失、逾期未使用或因打印、填写错误作废未签发的《出生医学证明》。废证管理要求如下:

(一)各机构应对本机构产生的废证使用《湖北省出生医学证明废证登记簿》如实登记废证编号和作废原因,在证件三联上标识作废。当年申领的空白证必须在下一年12月31日前使用完毕,剩余证件按废证处理。

(二)各级管理机构和签发机构要严格规范证件使用,减少废证产生,年度废证率控制在1%以内。

(三)管理机构及签发机构于每年1月31日前将废证逐级汇总送至省级管理机构,由省级管理机构报请省卫生健康委后集中销毁,并如实填写《湖北省出生医学证明废证销毁登记簿》。

第十六条 严格执行《出生医学证明》印章(含电子印章)专人管理制度,实行证章分离、分别专人管理。

（一）《出生医学证明》印章由县级卫生健康行政部门按照国家卫生健康委、公安部规定的印章规格及式样统一监制，直径32mm，印章中的文字字体应与印模式样的字体一致。签发机构所在地为县或县级市的，横线下文字为“县、市（县级市）行政区划名称”；签发机构所在地为区的，横线下文字为“设区的市行政区划名称+区行政区划名称”，横线下签发机构名称应与机构执业许可证名称一致。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”，首次签发和换发使用“出生医学证明专用章”，补发使用“出生医学证明补发专用章”。

（三）《出生医学证明》正页、副页和存根页均需加盖印章，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）签发机构变更名称或印章发生遗失、损毁等情况，须及时报告县级卫生健康行政部门，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、撤并或取消签发资质的，须在15个工作日内将原印章上交所在县级卫生健康行政部门，做好

登记、备案等管理工作；并按照相关程序，对作废印章统一保存或销毁。

第四章 签发管理

第十七条 《出生医学证明》的签发类型包括首次签发、换发和补发。首次签发、换发、补发时应按编号顺序使用，不得跳号，并使用规范的首次签发、换发、补发登记簿进行登记。各助产机构和签发机构应在相关场所张贴办证流程，做好《出生医学证明》办理的宣传和告知。

第十八条 《出生医学证明》上的内容必须使用《通用规范汉字表》和符合国家标准的数字符号打印，原则上新生儿应随父母姓（少数民族新生儿的姓氏可以遵从本民族的文化遗产和风俗习惯），名字不得使用“生僻字”。新生儿父母一方或双方为外籍人士的，其父母姓名可填写中文或英文，其他信息填写中文，新生儿拟在中国内地（大陆）进行出生户口登记的姓名只可填写中文。盖印应使用红色印泥，按要求在《出生医学证明》相应区域盖章。《出生医学证明》存根页使用钢笔（蓝黑墨水）或碳素笔签名，不得涂改。

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签发《出生医学证明》。有签发资格的助产机构内出生的新生儿（含机构外送诊在助产机构内进行断脐和胎盘处置的新生儿），一般情况下由该助产机构签发《出生医学证明》；无签发资格的助产机构内出生的新生儿，由助产机构所在地的县级管理机构负责签发《出生医学证明》；辖区内助产机构外出生拟在本省落户的新生儿，首次申领《出生医学证明》由拟落户地县级管理机构负责签发。

第二十条 助产机构运用身份核验设备对住院产妇身份证信息和人脸信息进行比对核验，填写《产妇住院分娩身份核验记录表》，由医务人员和产妇签字确认后，将核验记录表保存在产妇病历中，通过身份核验的，方可办理《出生医学证明》。发现产妇持虚假身份证件、拒绝进行身份核验的情形，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，应及时上报辖区公安机关。

第二十一条 产妇分娩后，由接生人员按要求如实填写分娩记录单，由产科相关人员根据分娩记录单，核实新生儿父母有效身份证件后填写《出生医学证明首次签发登记表》，并由产科负责人或护士长审核签字。分娩信息和首次签发登记表相关信息应

于分娩后 24 小时内上传到湖北省妇幼健康智慧管理系统，作为《出生医学证明》办理的重要依据。

第二十二条 《出生医学证明》原则上由新生儿母亲在新生儿出生 1 个月内申领，因特殊原因母亲无法申领的，可以书面形式委托他人代为申领《出生医学证明》。超过 1 个月未申领的，应由新生儿母亲在新生儿出生 3 个月内，到助产机构所在地的县级管理机构申领，同时提交产妇病历复印件（包含首页、分娩记录、出院记录、身份核验记录表）等。

第二十三条 首次申领《出生医学证明》应提供以下材料：

（一）《出生医学证明》申领表。

（二）《出生医学证明》首次签发登记表。

（三）新生儿父母有效身份证件原件及复印件。

（四）新生儿父母结婚证原件及复印件。新生儿父母如无法提供结婚证，需要在《出生医学证明》上填写新生儿父亲信息的，还须提供父亲与新生儿的亲子鉴定证明。

（五）非新生儿母亲申领的，需要提供母亲签字的委托书、被委托人有效身份证件原件及复印件。

第二十四条 签发机构收到申领材料后，查验新生儿父母有效身份证件原件并留存复印件，运用身份核验设备核验申领人身

份信息，核实产妇入院时身份核验信息、《出生医学证明》首次签发登记表及分娩记录等信息，确认信息无误后打印《出生医学证明》。印章管理人员核实《出生医学证明》信息齐全、字迹清楚、内容准确后，在《出生医学证明》各联加盖专用章，签发人员和领证人在存根页签字。

第二十五条 签发机构完成首次签发后，应在《湖北省出生医学证明首次签发登记簿》上填写相关信息，并将《出生医学证明》存根页、首次签发登记表、申领表、新生儿父母有效身份证件复印件、委托书及被委托人身份证件复印件以及其他申领材料等整理存档，永久保存。

第二十六条 产妇住院分娩时已通过身份核验的，《出生医学证明》签发时不得变更新生儿母亲信息。住院期间产妇身份信息核验未通过、拒绝身份核验、申领《出生医学证明》时新生儿母亲有效身份证件信息与住院分娩登记的产妇身份信息不一致等情形，不予签发《出生医学证明》。

第二十七条 助产机构外出生的新生儿包括以下情形：

- （一）在家中分娩的。
- （二）在户外、公共场所或交通工具上急产分娩的。

（三）因急产由“120”接诊就近送往医疗机构分娩的，但该机构不具备助产技术服务资质的。

（四）因急产就近到医疗机构分娩，但该机构不具备助产技术服务资质的。

第二十八条 助产机构外出生的新生儿需办理《出生医学证明》的，应由新生儿母亲在出生1个月内向拟落户地县级管理机构申领，并提供以下材料：

（一）《出生医学证明》首次签发登记表。

（二）新生儿父母有效身份证件原件及复印件。

（三）亲子关系声明及有资质的司法鉴定机构出具的亲子鉴定证明原件。

（四）在家中分娩的，应提供辅助分娩有关人员有效身份证件复印件和旁证以及产后访视记录、新生儿访视记录和访视记录现场照片等；在户外、公共场所或交通工具上急产分娩，后续到医疗机构就诊的，应提供医疗机构接诊记录及诊疗病历等；因急产由“120”接诊就近送往医疗机构分娩，但该机构不具备助产技术服务资质的，应提供“120”接诊记录及医疗机构诊疗病历等；因急产就近到医疗机构分娩，但该机构不具备助产技术服务资质的，应提供医疗机构诊疗病历。

第二十九条 办理助产机构外出生新生儿《出生医学证明》时,管理机构应对申领人身份信息进行核验,核验通过方可签发。

第三十条 签发机构办理新生儿《出生医学证明》时,如新生儿母亲不能提供父亲信息,原则上新生儿随母姓,在父亲相关信息的栏目处划“/”。

第三十一条 新生儿母亲申领《出生医学证明》时未满18周岁的,应在其监护人陪同下申领《出生医学证明》,并出具监护人相关证明材料及其有效身份证件原件。

第三十二条 《出生医学证明》一经签发,原则上不得变更首次签发信息。

第二节 换发

第三十三条 换发是指签发机构为具有下列情形之一的更换新生儿《出生医学证明》。

(一)《出生医学证明》无效。情形包括:2014年以前手写签发时未使用钢笔或碳素笔的、未按规范文字填写或字迹不清、涂改的,未加盖《出生医学证明》专用章的或盖章不规范的。

(二)《出生医学证明》上新生儿姓名不符合户口管理部门要求,不能进行出生户口登记而需变更的情形。

(三) 因父母原身份证件信息有误, 经公安机关书面证明为同一人信息并已纠正的。

(四) 《出生医学证明》破损影响使用的。

第三十四条 换发应由新生儿父母到原签发机构所在地的县级管理机构提出申请, 并提供以下材料:

(一) 《出生医学证明》换发申请表。

(二) 父母有效身份证件原件及复印件, 原《出生医学证明》仅记载新生儿母亲一方信息的, 可只提供母亲的有效身份证件原件、复印件。

(三) 《出生医学证明》原件。

(四) 原《出生医学证明》存根页复印件和首次签发登记表复印件。无法提供原《出生医学证明》存根页复印件和首次签发登记表复印件的, 应提供医疗机构住院分娩病历。无法提供本项上述材料的, 应提供原证记载新生儿父母与其亲子鉴定证明。

(五) 第三十三条中需公安机关提供的有关证明材料。

第三十五条 管理机构应对申请人身份信息进行核验, 根据申请人所提供材料, 经核对与原《出生医学证明》存根页、首次签发登记表信息一致, 予以换发。当事人提供的原《出生医学证明》含正、副页的, 可以换发含正、副页的新证; 办理入户后申

请换发的，只换发正页。换发后原证由管理机构收回，与换发材料一起存档，将换发信息在《湖北省出生医学证明换发登记簿》进行登记。

第三十六条 2014年1月1日以前按规范手写签发的真实证件，若信息无误，均为有效证件，不予换发《出生医学证明》。

第三节 补发

第三十七条 补发是指管理机构为《出生医学证明》遗失、被盗等情形的出生人口重新签发《出生医学证明》。补发应由父母向原《出生医学证明》签发机构所在地的县级管理机构提出补发申请，并提交以下材料：

（一）《出生医学证明》补发申请表。

（二）书面遗失承诺说明。

（三）父母双方有效身份证件原件、复印件。原《出生医学证明》仅记载新生儿母亲一方信息的，可只提供母亲的有效身份证件原件、复印件。

（四）原《出生医学证明》存根页复印件和首次签发登记表复印件。

(五)出生医疗机构住院分娩病历(含病历首页、分娩记录、出院记录等)。无法提供住院分娩病历的,还应提供原证记载新生儿父母与其亲子鉴定证明。

第三十八条 管理机构应对申请人身份信息进行核验,审核补发的《出生医学证明》与原证信息一致后打印《出生医学证明》,加盖补发专用章,并将补发信息在《湖北省出生医学证明补发登记簿》完成登记。

第三十九条 办理户口登记后遗失《出生医学证明》的,只补发正页。办理户口登记前遗失的,经管理机构发函调查,公安机关核实后,予以补发《出生医学证明》正、副页。

第五章 档案管理

第四十条 各级管理和签发机构为《出生医学证明》档案管理的责任主体,应严格落实湖北省《出生医学证明》档案管理相关规定,负责本机构签发的《出生医学证明》档案的收集、整理、归档与保管,有条件的机构可探索建立电子化《出生医学证明》档案,依法提供档案信息查询服务。

第四十一条 各级管理机构和签发机构每季度首月10日前统计上一季度《出生医学证明》使用情况,填报《出生医学证明季度配发表》和《废证季度统计表》。各级管理机构每年1月

31 日前统计本辖区上一年度《出生医学证明》使用情况，填报《出生医学证明使用情况年度统计表》，逐级汇总上报至省级管理机构。

第四十二条 省级卫生健康行政部门负责湖北省妇幼健康智慧管理系统安全防护和数据异地备份，确保信息安全完整，保障与国家《出生医学证明》管理信息系统的联通和协同工作，及时、完整地向国家推送管理和签发数据，配合相关部门做好数据共享。

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。

第四十四条 各级管理机构和签发机构及其相关工作人员，应为新生儿及其父母所提供的个人资料保密，除规定情形外，未经当事人书面同意，不得向第三方披露或泄漏。

第六章 使用管理

第四十五条 对1996年1月1日后在湖北省出生的新生儿，新生儿父母或其他监护人应该持有《出生医学证明》等有关材料向公安机关申报户口登记。

第四十六条 公安机关在受理申报户口登记时，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》副页作为申报户口登记的原始凭证，并将《出生医学证明》正页交还申报人保存。

对不符合签发条件未获得《出生医学证明》的新生儿，由县级卫生健康行政部门出具《不予签发〈出生医学证明〉告知书》，户口登记机关经调查核实后依照有关规定为其办理户口登记。

第四十七条 申报新生儿户口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。

第四十八条 公安机关在办理新生儿户口登记时应查验《出生医学证明》，发现下列情形之一者，视为无效，不予办理出生户口登记。

(一) 2014年1月1日以后湖北省内签发未用打印机打印的；

- (二) 被涂改的、填写不清楚的;
- (三) 有关项目填写不真实的;
- (四) 未加盖《出生医学证明》专用章的;
- (五) 私自拆切《出生医学证明》副页的;
- (六) 伪造的《出生医学证明》;
- (七) 其他原因导致无效的。

第四十九条 公安机关发现《出生医学证明》真伪存疑的，暂不予办理户口登记，并将可疑证件发函至当地县级卫生健康行政部门或其管理机构进行真伪鉴定。

(一) 县级卫生健康行政部门或其管理机构负责证件载体和证件记载信息的核查，出具《出生医学证明真伪鉴定书》并于15个工作日内反馈。如本级无法鉴定的可送至上一级卫生健康行政部门或管理机构进行鉴定。

(二) 《出生医学证明》为异地机构签发的，首次接受鉴定申请的机构可将证件复印件发函至证件签发机构所在地卫生健康行政部门或管理机构，由其对证件所载信息进行查验，出具《出生医学证明信息核查表》。

(三) 各级卫生健康行政部门或其管理机构发现伪造、虚假证件时, 应将证件复印件和真伪鉴定书通报同级公安机关, 并逐级报送至国家卫生健康委员会备案。

第五十条 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。

第七章 监督管理

第五十一条 各级卫生健康行政部门要定期对出生医学证明管理机构、签发机构和助产机构进行监督检查, 对发现的问题督促整改。对在身份核验、证章管理和证件签发过程中有违法或违规情形的机构, 应取消其签发资格。取消签发资格的机构, 应及时停用信息系统中的管理账号, 由所属县级管理机构收回其《出生医学证明》空白证及专用章, 已签发的资料档案按规定移交县级管理机构。

第五十二条 《出生医学证明》管理相关的机构和人员, 有下列情形之一的, 将予以问责处罚。

(一) 因运输、存储、管理不善导致《出生医学证明》损毁、遗失、被盗, 不配合公安机关依法开展案件调查或不如实提供相关情况的;

(二) 私自调剂或交换使用《出生医学证明》，或将《出生医学证明》给未经卫生健康行政部门审核批准签发《出生医学证明》的机构使用的；

(三) 空白《出生医学证明》遗失未按规定上报的；

(四) 违规签发《出生医学证明》的；

(五) 废证率超过1%的；

(六) 擅自变更《出生医学证明》信息的。

第五十三条 各级卫生健康行政部门要配合公安机关查处和严厉打击涉及《出生医学证明》的违法犯罪活动。对伪造、变造、买卖出生医学证明和签发专用章以及买卖、泄露公民个人信息的单位和个人，由卫生健康行政部门、公安机关依法处置；构成犯罪的，依法追究刑事责任。

第八章 附 则

第五十四条 各市、州可根据本地实际情况，依据本管理办法制定实施细则。

第五十五条 本管理办法由湖北省卫生健康委员会、湖北省公安厅联合解释。

第五十六条 本管理办法自 2025 年 3 月 1 日起施行，有效期 5 年。原《省卫生健康委 省公安厅关于印发〈湖北省出生医学证明管理办法〉的通知》（鄂卫规〔2019〕2 号）同时废止。

- 附件：1. 《出生医学证明》签发机构基本要求
2. 《出生医学证明》签发机构及印章备案表
3. 《出生医学证明》终身责任制承诺书
4. 母婴保健法律证件申领计划表
5. 《出生医学证明》空白证领取申请表
6. 申领经办人证明
7. 湖北省《出生医学证明》空白证出入库登记簿
8. 《出生医学证明》季度配发表
9. 《出生医学证明》废证季度统计表
10. 《出生医学证明》使用情况年度统计表
11. 湖北省《出生医学证明》废证登记簿
12. 湖北省《出生医学证明》废证销毁登记簿
13. 《出生医学证明》真伪鉴定书
14. 《出生医学证明》信息核查表
15. 湖北省《出生医学证明》首次签发登记簿、换发

登记簿、补发登记簿

16. 产妇住院分娩身份核验记录表
17. 《出生医学证明》首次签发登记表
18. 《出生医学证明》申领表
19. 亲子关系声明
20. 申领《出生医学证明》授权委托书
21. 关于未提供新生儿父亲信息的声明
22. 《出生医学证明》换发申请表
23. 《出生医学证明》补发申请表
24. 《出生医学证明》遗失声明
25. 出生登记情况协查函
26. 不予签发《出生医学证明》告知书

附件 1

《出生医学证明》签发机构基本要求

一、机构资质

(一) 具有《医疗机构执业许可证》，经批准设有产科。

二、人员配备

(二) 至少配备 3 名专（兼）职工作人员，分别负责空白证件管理、证件签发和印章管理，能够落实“证”“章”分离制度，专兼职人员非临时聘用或借调人员。

(三) 年分娩量 1500 例以上的签发机构应明确至少 1 人专门负责《出生医学证明》签发工作。

三、设施设备

(四) 拥有相对独立的签发场所，面积不少于 10 平方米。

(五) 配备签发专用电脑、双显示屏、打印机等相关设备。

(六) 设有门锁、柜锁、铁门、铁栏窗和保险柜，防潮、防虫、防火、防盗措施齐全。空白证件和专用章分别存放在专用保险柜。

(七) 配备电子监控设备, 实现对《出生医学证明》证章存放、签发等重要场所监控全覆盖, 每日可 24 小时全程监控, 监控记录可保存 6 个月以上。

(八) 配备人证核验设备, 在产妇入院待产时、证件签发时, 可针对产妇、证件申请人通过刷脸比对等方式进行身份核验。

四、规章制度

(九) 建立《出生医学证明》空白证件管理、人员管理、印章管理、废证管理、信息管理、档案管理、信息安全保密等制度。

五、信息化要求

(十) 具有医疗机构院内信息系统。

(十一) 具备应用人脸识别技术开展人证核验以及记录产妇和证件申请人身份核验信息、开展核验工作人员身份信息等功能, 并能实时传输身份核验信息与核验结果至省级《出生医学证明》管理信息系统。

六、分娩量标准

原则上签发机构年分娩量应达到 100 人以上。

附件 2

《出生医学证明》签发机构及印章备案表

组织机构名称 (盖章)		统一社会信用 代码	
地址			
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
	公民身份号码		
签 发 人	姓名		联系电话
	公民身份号码		
印章管理人	姓名		联系电话
	公民身份号码		
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:	

附件 3

《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所属的卫生健康行政部门存档。

承诺人：

机构盖章：

日期：

附件 4

母婴保健法律证件申领计划表

单位（盖章）：

年度：

证件种类	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》					
母婴保健技术服务执业许可证					
母婴保健技术考核合格证					

注：《出生医学证明》的数量单位为“张”，其他证件数量单位均为“套”。

负责人： 填表人： 联系电话： 填表日期： 年 月 日

附件 5

《出生医学证明》空白证领取申请表

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		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)	
同级卫生健康 行政部门 (管理机构) 意见	签字： 年 月 日		

附件 6

申领经办人证明

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）身份证件复印件粘贴处

委托单位（盖章）：

日期： 年 月 日

附件 7

湖北省《出生医学证明》空白证出入库登记簿

年

第 页

日期	入库量	出库量	库存量	起始编号	终止编号	来源/去向	申领人 签名	经办人 签名	审核人 签名

附件 8

《出生医学证明》季度配发表

_____年 第_____季度

_____市（州） 填报单位名称（盖章）：_____

上季度申领数 (1)	上季度使用情况														本季度申领前库存数 (17)	上季度医疗机构内活产数 (18)	本季度申领数 (19)
	医疗机构内出生的签发数					医疗机构外出生的签发数				废证数							
	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)			

注：①本统计表的《出生医学证明》数量单位均为“张”；
 ②本季度申领前库存数，应为本行政区域内各级库存数的和；
 ③表中逻辑关系： $(6)=(2)+(3)+(4)+(5)$ ； $(10)=(7)+(8)+(9)$ ；
 $(15)=(11)+(12)+(13)+(14)$ ； $(16)=(6)+(10)+(15)$ 。
 负责人：_____ 填表人：_____ 联系方式：_____ 填表日期：____年__月__日

附件 9

《出生医学证明》废证季度统计表

_____年 第_____季度

_____市（州） 填报单位名称（盖章）：_____

序号	《出生医学证明》编号	签发机构名称	统一社会信用代码	经办人

单位负责人：_____

填表人：_____

联系方式：_____

填表日期：_____年____月____日

附件 10

《出生医学证明》使用情况年度统计表

单位名称（盖章）：

报表年度：

上一年度库存数	当年领证数	当年使用情况												当年底库存数	当年机构内活产数				
		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	男	女	性别不明	合计
		首次签发数	换发数	补发数	小计	家庭接生员接	其他情况的签发	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)	(18)	(19)	

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： $(6)=(3)+(4)+(5)$ ； $(9)=(7)+(8)$ ； $(13)=(10)+(11)+(12)$ ；
 $(14)=(6)+(9)+(13)$ ； $(15)=(1)+(2)-(14)$ ； $(19)=(16)+(17)+(18)$

负责人：_____ 填表人：_____ 联系方式：_____ 填表日期：____年__月__日

附件 11

湖北省《出生医学证明》废证登记簿

年

第 页

序号	日期	《出生医学证明》 编号	废证原因				经办人 签名	审核人 签名
			打印 错误	遗失	损毁	其他		

附件 14

《出生医学证明》信息核查表

_____：
 贵单位关于编号_____的《出生医学证明》协查函已收悉，现将相关核查信息反馈如下：

- 未查到相关信息（无需填写信息表）。
 查到相关信息（需要填写信息表）。

儿 童 姓 名		性 别		出 生 日 期	
出 生 地 点					
接 生 机 构				住 院 号	
母 亲 姓 名		证 件 号 码			
父 亲 姓 名		证 件 号 码			
《出生医学证明》签发机构					
《出生医学证明》编号			签 发 日 期		

核查人：_____ 分管领导：_____

核查单位（公章）：

核查日期：_____ 年 月 日

附件 15-1

湖北省《出生医学证明》首次签发登记簿

年 第 页

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	申领方式	领证人身份号码	领证人身份核验	领证人签名	签发人签名	盖章人签名

附件 15-3

湖北省《出生医学证明》补发登记簿

年 第 页

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	领证人身份号码	领证人身份核验	领证人签名	经办人签名	盖章人签名



附件 16

产妇住院分娩身份核验记录表

入院 基本 信息	产妇姓名		公民身份号码	
	证件类别	<input type="checkbox"/> 居民身份证 <input type="checkbox"/> 港澳台通行证 <input type="checkbox"/> 港澳台居民居住证 <input type="checkbox"/> 护照 <input type="checkbox"/> 其他_____		
	病区		住院病历号	入院时间
身份 核验 结果	核验时间	_____年_____月_____日_____时_____分		
	人脸核验结果	<input type="checkbox"/> 核验通过 <input type="checkbox"/> 核验未通过 <input type="checkbox"/> 拒绝核验 <input type="checkbox"/> 未提供本人身份证		
		产妇签署意见		核验人员签署意见
		签字（摁手印）：_____年 月 日		签字：_____年 月 日
备注				

- 注：1. 所有住院分娩产妇均应进行身份核验，填写核验记录表，相关信息填写完整，由产妇和核验人员签署意见后，存放于病历中。
2. 经人脸识别设备核验的，如实填写人脸核验结果。
3. 港澳台居民及外籍人士，由至少两名工作人员查看有效身份证件，核实后填写身份核验记录表。
4. 人脸识别未通过者、身份证遗失等情况，由至少两名工作人员对产妇进行人工核验，在备注栏中填写产妇身份核验未通过或不提供本人身份证件的有关情况，标明设备核验实际结果值、人工核验途径和核验结果等。

附件 17-1

《出生医学证明》首次签发登记表

（助产机构内分娩）

分娩信息					
产妇姓名		住院病历号		产妇人证核验结果	
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	湖北省	市	县（区）	医疗机构名称	
以上内容由接生人员核对正确无误后签字确认。 接生人员签字：_____ 年 月 日					
新生儿父母相关信息					
母亲信息	姓名		年龄		
	国籍		民族		
	住址				
	有效身份证件类别				
	公民身份号码				
父亲信息	姓名		年龄		
	国籍		民族		
	住址				
	有效身份证件类别				
	公民身份号码				
以上内容由新生儿母亲提供，请父母双方核对正确无误后签字确认，并承担相应法律责任。首签表一经发放，相关信息原则上不应变更。 新生儿父母亲签字（摁手印）：_____ 日期：_____ 年 月 日					

填表人：

审核人：

日期：

注：1. 本表中的分娩信息由系统自动生成，新生儿父母信息由母亲提供，经工作人员核对后在妇幼智慧系统中填报打印，交新生儿父母亲核实表中各项信息无误后签字确认；首签登记表由产科负责人或护士长审核签字后交新生儿母亲，并告知《出生医学证明》申领流程。如表中信息与实际不符，请联系助产机构工作人员在系统中修订首签表信息并重新打印。



湖北省卫生健康委员会规范性文件

2. 尽量在出院前申领《出生医学证明》，申领时需携带新生儿父母有效身份证件原件，非新生儿母亲亲自办理的，还需提供新生儿母亲签字的委托书和领证人有效身份证件原件。
3. 若新生儿父亲信息无法提供，应在新生儿父亲相应信息栏划“/”。
4. 首次签发登记表经新生儿父母签字确认后，不得变更。

附件 17-2

《出生医学证明》首次签发登记表

（助产机构外分娩）

婴儿姓名、出生信息及其父母相关信息					
婴儿姓名	(申请落户用的大名)				
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	湖北省 市 县(区) 乡(镇) 村				
母亲信息	姓名		年龄		
	国籍		民族		
	住址				
	有效身份证件类别				
	公民身份号码				
父亲信息	姓名		年龄		
	国籍		民族		
	住址				
	有效身份证件类别				
	公民身份号码				
领证人需提交的证明材料					
1. 由婴儿父母亲笔签署的“亲子关系声明”。 2. 有资质的鉴定机构出具的亲子鉴定证明原件。 3. 婴儿父母及领证人的有效身份证件原件及复印件。 4. 机构外签发情形的佐证材料：_____。					
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。《出生医学证明》一经签发，证件上的各项信息不应变更。					
领证人签字：		填表日期： 年 月 日			

注：1. 表中各项信息由领证人填写，所有项目要字迹清楚。若出现涂改，相应内容需由领证人签字确认。

2. 申领时需携带婴儿父母有效身份证件原件，非婴儿父母亲自办理的，还需提供婴儿父母签字的委托书和领证人有效身份证件原件。
3. 《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由办证人员粘贴在首次签发登记表背面，与其他材料一起装订，永久保存。

附件 18

《出生医学证明》申领表

新生儿及其父母相关信息						
新生儿姓名		(申请落户用的大名)				
新生儿性别		出生时间	年	月	日	时 分
出生医疗机构名称						
新生儿母亲	姓名		公民身份号码			
	住址					
新生儿父亲	姓名		公民身份号码			
	住址					
领证人需提供和提交的证明材料						
1、《出生医学证明》首次签发登记表 ()						
2、新生儿父母有效身份证件原件和复印件 ()						
3、领证人有效身份证件原件和复印件 ()						
4、住院分娩病历 ()						
5、新生儿父母结婚证原件及复印件 ()						
6、其他材料:						
领 证 人	姓 名		与新生儿关系		身份核验结果	
	有效身份证件类别					
	公民身份号码					
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(摁手印)：_____ 填表日期：_____年 月 日 签发人员签字：_____ 签发日期：_____年 月 日						

附件 19

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：_____ 公民身份号码：_____

父亲姓名：_____ 公民身份号码：_____

婴儿出生时间：_____年__月__日__时__分

出生地点：____省____市____县____乡(镇)/街道

出生医院：_____

声明人承诺以上信息真实有效，如有弄虚作假或隐瞒，由声明人承担一切法律责任。

母亲签名（摁指印）：

日期： 年 月 日

父亲签名（摁指印）：

日期： 年 月 日

附件 20

申领《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： 公民身份号码：

联系电话：

受委托人姓名： 性别：

有效身份证件类别： 公民身份号码：

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）申领_____（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（摁指印）：

 年 月 日

受委托人签字（摁指印）：

 年 月 日

附件 21

关于未提供新生儿父亲信息的声明
(参考样式)

本人_____ (新生儿母亲姓名), 公民身份号码: _____, 于_____年____月____日在_____ (助产机构) 分娩_____ (新生儿姓名), _____ (性别), 因故无法提供新生儿父亲信息, 现申请签发仅包含本人与新生儿信息的《出生医学证明》。

本人承诺以上信息真实有效, 如有弄虚作假或隐瞒, 由本人承担一切后果及法律责任。

声明人(母亲)签名(手印):

日期:

附件 22

《出生医学证明》换发申请表

原证编号		原签发机构	
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		
	公民身份号码		
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、新生儿父母的有效身份证件原件和复印件（ ）			
3、领证人的有效身份证件原件和复印件（ ）			
4、原签发材料（ ）			
5、其他材料：			
领证人	姓 名	与新生儿关系	身份核验结果
	有效身份证件类别		
	公民身份号码		
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，并承担相应的法律责任。			
领证人签字（摁手印）：		填表日期：	年 月 日
签发人员签字：		签发日期：	年 月 日

附件 23

《出生医学证明》补发申请表

原证编号		原签发机构				
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					
	公民身份号码					
申请补发原因						
办理户口登记情况		已办理户口登记 <input type="checkbox"/> 未办理户口登记 <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、新生儿父母有效身份证件及户口簿原件和复印件（ ）						
3、领证人的有效身份证件原件和复印件（ ）						
4、原签发材料（ ）						
5、其他材料：						
领证人	姓 名		与新生儿关系		身份核验结果	
	有效身份证件类别					
	公民身份号码					
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，并承担相应的法律责任。						
领证人签字（摁手印）：			填表日期：		年	月 日
签发人员签字：			签发日期：		年	月 日

附件 24

《出生医学证明》遗失声明

新生儿姓名：_____性别：_____出生日期：____年____月____日

出生地点：_____省_____市_____区 接生机构：_____

原《出生医学证明》编号_____签发机构：_____

新生儿母亲姓名：_____公民身份号码：_____

新生儿父亲姓名：_____公民身份号码：_____

因_____原因导致

原《出生医学证明》（编号_____）遗失，特申请补发。

以上所述均属实，相关责任和法律后果新生儿父母双方已经知悉，如有任何不实，愿承担一切责任和法律后果！

母亲签字（摁指印）：

年 月 日

父亲签字（摁指印）：

年 月 日

附件 25

出生登记情况协查函

_____：
兹有_____（母亲姓名）和_____（父亲姓名）夫妇，
为其_____年_____月_____日在_____（分娩地）
分娩的（男，女）婴_____（婴儿姓名）申请补办《出生医学证
明》，按《湖北省〈《出生医学证明》〉管理办法》要求，需贵单位协助
调查该婴儿在其父母户口所在地是否办理过出生登记。

望支持为感！

联系人：

联系电话：

单位（盖章）：

年 月 日

户口登记机关核查结果	
母亲 户口 登记 机关	经核查，姓名_____，公民身份号码_____ 的家庭户籍档案中（有，无）该婴儿的出生登记信息。 单位（盖章）： 核查时间： 年 月 日
父亲 户口 登记 机关	经核查，姓名_____，公民身份号码_____ 的家庭户籍档案中（有、无）该婴儿的出生登记信息。 单位（盖章）： 核查时间： 年 月 日

附件 26

不予签发《出生医学证明》告知书

_____同志:

您____年____月____日向_____医院提交的申领《出生医学证明》材料(新生儿姓名:_____,出生日期:____年____月____日,新生儿母亲姓名:_____,母亲公民身份号码:_____,父亲姓名:_____,父亲公民身份号码:_____)已收悉,依据《湖北省出生医学证明管理办法》有关规定,因存在以下第____条原因,不符合签发条件,不予签发《出生医学证明》。

- (1) 新生儿 1996 年 1 月 1 日以前出生。
- (2) 新生儿在中华人民共和国境外出生。
- (3) 新生儿父母双方因死亡、失踪等原因不能确认亲子关系的。
- (4) 经查实,申请资料存在虚假内容的。
- (5) 住院期间产妇身份信息核验未通过、拒绝身份核验的。

(6) 申领《出生医学证明》时新生儿母亲有效身份信息与住院分娩登记的产妇身份信息不一致。

(7) 其他原因:_____。

特此告知。

单位(公章):

年 月 日