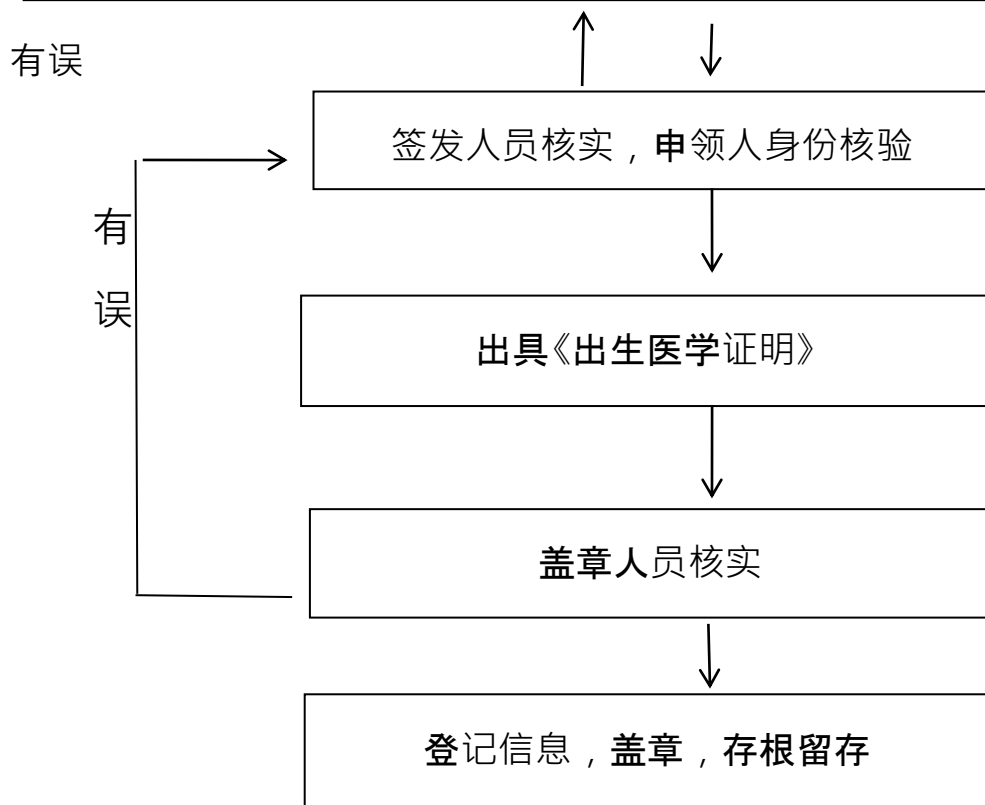


《出生医学证明》首次签发流程

新生儿父母有效身份证件原件及复印件、《出生医学证明》签发知情告知书、《出生医学证明》首次签发登记表（接生人员填写分娩信息；领证人填写新生儿姓名及其父母相关信息）



温馨提示：

- 1、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，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。
- 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、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，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。

4、1号楼 7楼 出生医学证明打印室，咨询电话：7269653。

《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	年月日时分			
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					
	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						

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。

《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) 住院期间须需通过“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，医务人员暂不于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;因特殊情况无法线上申领的，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病历复印件(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,《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。

出生医学证明是依据《中华人民共和国母婴保健法》出具的,证明新生儿出生状况、血亲关系,承载社会其他功能,为申报户籍国籍、取得新生儿社会保障、接受医疗服务、申办入托入学、申请出国移民留学等事项的依据和

凭证之一，对保护新生儿合法权益具有重要意义。

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 :

受委托人姓名 :

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 (按手印) :

受委托人签字 (按手印) :

年 月 日

年 月 日