

亳卫秘〔2020〕46号

关于进一步加强《出生医学证明》管理的通知

各县区卫生健康委，市妇幼保健计划生育服务中心：

根据国家卫生健康委和公安部关于出生医学证明管理的文件精神，结合《安徽省〈出生医学证明〉管理办法》（卫妇幼秘〔2015〕16号）和《亳州市〈出生医学证明〉管理实施细则》（亳卫〔2015〕28号）要求，现就进一步加强我市出生医学证明管理工作通知如下：

一、明确责任主体

全市各级妇幼保健机构和签发机构主要负责人为出生医学证明管理工作第一责任人，管理和签发人员要签署《出生医学证明终身责任制承诺书》并按要求备案，人员更换后应在5个工作日内重新报备，不得使用借调和临时聘用人员，一旦出现违法违纪事件要终身追究责任。各级妇幼保健机构应健全和完善出生医学证明签发和管理制度，不仅要做好辖区出生医学证明的签发管理，更要做好本机构的签发管理。

二、加强签发管理

（一）首次签发

机构内首次签发要严格落实签发各项要求，签发机构签发出生医学证明时应认真核实产妇身份信息，非母亲办理的，需提供母亲签字的委托书，被委托人必须是新生儿直系亲属（限父亲、爷爷、奶奶、外公、外婆）。

县区妇幼保健机构受理机构外出生儿童出生医学证明办理申请时，必须核查申请人提交的申请材料并填写核查记录表（附件1），未经核查不得直接签发。核查工作在15个工作日内完成，并向申请人反馈审查结果，经核查无疑义的，须由母亲和父亲共同到场提供相关材料并填写《亳州市〈出生医学证明〉首次签发登记表（机构外分娩）》（附件2）办理；经审查不符合签发条件的，应当将理由告知申请人。

申领出生医学证明时新生儿已死亡的，由原助产机构签发，并在出生医学证明正页联、副页联、存根联上均注明“已死亡”。

出生医学证明“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，其余项目全部由计算机打印，严禁任何形式的涂改。

（二）换发

申请换发出生医学证明，必须父母双方同时到场提交相关材料并填写《亳州市换发〈出生医学证明〉申请表》（附件3）。

所有换发出生医学证明须经妇幼保健机构的法定代表人或其委托人审核批准，经批准后由签发机构的主要负责人签字后办理。

（三）补发

补发出生医学证明，必须父母双方同时到场提交相关材料并填写《亳州市补发<出生医学证明>申请表》（附件4）。

补发出生医学证明须经补发机构法定代表人或其委托人审核批准，补发与原出生医学证明信息完全一致的出生医学证明（如有特殊情况可按特殊情况集体讨论受理）。

（四）其他要求

各级妇幼保健机构及签发机构必须配备身份证读卡器，有条件的可配备高拍仪；签发所用打印机不得使用激光打印机，必须用针式打印机；各县区集体讨论小组成员原则上应包含1名县区卫生健康委工作人员。

三、加强证件及印章管理

出生医学证明的管理遵循“属地管理、分级负责”原则，实行逐级申领与发放制度。县级管理机构根据年度计划，携介绍信按季度到市级管理机构申领。县级管理机构应根据签发机构的月分娩量发放出生医学证明，签发机构用完后带齐发放档案到县级管理机构审核，审核完成后方能申领出生医学证明。

严格落实证章分离要求，出生医学证明空白证和印章应当分别由专人管理。严禁临时聘用人员保管、使用印章。印章管

理人员在核对出生医学证明信息无误后，方可在每联规定位置加盖印章，不得在空白出生医学证明上盖章。

四、加强档案及报表管理

各县区出生医学证明管理和签发机构为出生医学证明档案管理的责任主体，负责对本机构签发的出生医学证明相关资料进行管理和归档。所有的登记表和申请表不得涂改、不得空项，归档材料要齐全。

各县区妇幼保健机构应分别于1月、4月、7月、10月的5日前上报辖区《出生医学证明信息报送表》、《出生医学证明季度配发表》（含废证统计表）和真伪鉴定相关资料，于3月10日前上报辖区《出生医学证明年度使用表》和上一年度废证统计表并将废证原件送交市妇幼保健计划生育服务中心。

五、加强培训教育和督导检查

各县区卫生健康委或妇幼保健机构每年应至少开展1次出生医学证明专题培训，对辖区出生医学证明管理中存在的问题进行梳理和解决。各县区妇幼保健机构和签发机构应对出生医学证明管理、签发、信息统计等相关人员加强岗位业务培训、职业道德及法制教育，强化责任意识，加强自我约束，做到防微杜渐、防患于未然。

各县区至少每半年进行1次全面自查，分别于1月、7月的25日前将半年度自查报告报市卫生健康委。市卫生健康委每年将组织1次市级或县区交叉督查，并对督查结果进行通报。各

县区妇幼保健机构要进一步加强日常监督检查，重点核查证件的层层流转、签发、废证管理等各个风险防控关键环节，建立出生医学证明核查台账（附件 5.6），记录证件流向，按季度核查领取数、发放数、废证数和库存数，做到底清账明。

附件 1. 亳州市机构外出生核查记录表

2. 亳州市《出生医学证明》首次签发登记表（机构外分娩）
3. 亳州市换发《出生医学证明》申请表
4. 亳州市补发《出生医学证明》申请表
5. 亳州市出生医学证明核查台账（签发机构）
6. 亳州市出生医学证明核查台账（管理机构）

亳州市卫生健康委员会

2020 年 4 月 22 日

附件 1

亳州市机构外分娩首次办理出生医学证明核查记录表

新生儿姓名：		母亲姓名：		父亲姓名：		联系电话：	
提交材料：							
1. 接生人员出具的接生人员身份信息及接生情况证明。□							
2. 法定鉴定机构出具的 DNA 亲子关系鉴定书。□							
3. 婴儿父母的身份证、户口簿原件及复印件。□							
4. 其他提供的材料：							
						提交人签字：	
						提交时间：	
核查 途径、 核查 方式 及相 关记 录	婴儿父母所在地公安机关：						
	核实方式：_____ 核实记录：						
	婴儿父母所在地镇村计生办：						
	核实方式：_____ 核实记录：						
	计划免疫平台：						
	核实方式：_____ 核实记录：						
	亳州市妇幼健康信息平台：						
	核实方式：_____ 核实记录：						
	入托入学学籍信息：						
	核实方式：_____ 核实记录：						
其他途径：							
核实方式：_____ 核实记录：							
<div style="text-align: center;">核查方式</div> 电话核实、公函协查、实地走访、信息查询、其他方式。（信息查询注明系统名称及所属部门）							
最终核查结果：符合办理条件：_____ 不符合办理条件：_____							
核查人签字：							
核查单位负责人或委托人签字：							

附件 2

亳州市《出生医学证明》首次签发登记表（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	(申请户籍用的大名)					
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	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					
	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					
领证人需提交的证明材料						
1. 接生人员出具的接生情况证明（同时附接生人员身份证或执业证复印件）； 2. 法定鉴定机构出具的 DNA 亲子关系鉴定书； 3. 婴儿父母的身份证、户口簿原件及复印件； 4. 其他特殊情况需要提供的材料：						
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。 母亲签字：_____ 父亲签字：_____ 填表日期：_____ 年 月 日						
亲子关系声明	（婴儿姓名），是 （母亲姓名）与 （父亲姓名）亲生。 以上情况属实，愿承担相应法律责任。联系电话： 母亲签名：_____ 父亲签名：_____ 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。不得涂改。
2. 《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，与其它材料一起装订，永久保存。
3. 机构外出生的新生儿办理证件时，经审核符合办证条件后须由母亲和父亲双方亲自办理。

附件 3

亳州市换发《出生医学证明》申请表

申请人：_____ 联系电话：_____ 申请日期：_____年____月____日

新生儿姓名			性 别	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
原证编号			原签发机构		
申请换发《出生医学证明》的理由	<input type="checkbox"/> 由户口登记机关提供相关证明不能进行出生登记而需变更新生儿姓名。 姓名中不符合户口登记规定的内容： 户口登记机关单位证明：_____ 年 月 日				
	<input type="checkbox"/> 当事人提供法定鉴定机构有关亲子鉴定的证明，要求变更父亲或母亲信息。				
	<input type="checkbox"/> 被涂改、填写字迹不清、项目填写不真实、手工填写的未用钢笔或者碳素笔的，2008 年 12 月 31 日后签发未使用电脑打印的。				
	<input type="checkbox"/> 私自拆切《出生医学证明》副页。 <input type="checkbox"/> 未加盖《出生医学证明》专用章。 <input type="checkbox"/> 其他原因导致无效的：				
原证正、副页交回情况	正 页 <input type="checkbox"/>		正页和副页 <input type="checkbox"/>		
新生儿户口登记	已登记落户 <input type="checkbox"/> 未登记落户 <input type="checkbox"/> 申请人签字：				
母亲姓名		有效身份 证件类别		有效身份 证件号码	
父亲姓名		有效身份 证件类别		有效身份 证件号码	
《出生医学证明》管理部门审核意见					
换发《出生医学证明》编号					
换发《出生医学证明》变更信息	变更前： 变更后：				
本人提供的所有材料完全真实，如有虚假，愿承担一切法律后果。已收到换发的《出生医学证明》，各项信息核对无误。 母亲签字： 父亲签字： 年 月 日					
签发人：			换发日期：	年 月 日	

注：1、换发时签发机构根据当事人提供的《出生医学证明》正、副页完整情况予以相应换发，换发后原证件与《亳州市换发《出生医学证明》申请表》一并由原签发机构归档保存。

2、本申请由申请换发《出生医学证明》的儿童母亲和父亲双方亲自办理，否则不予受理。

3、换发《出生医学证明》存根粘贴在本表背面。

附件 4

亳州市补发《出生医学证明》申请表

申请人：_____ 联系电话：_____ 申请日期：_____年____月____日

补发人姓名				性 别	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
原证编号				原签发机构	
申请补发《出生医学证明》的理由	<input type="checkbox"/> 遗失/被盗 <input type="checkbox"/> 毁损 <input type="checkbox"/> 其他				
母亲姓名		有效身份证件类别		有效身份证件号码	
父亲姓名		有效身份证件类别		有效身份证件号码	
户口登记办理情况	<input type="checkbox"/> 已办理 <input type="checkbox"/> 未办理 申请人签字：_____ 年 月 日				
《出生医学证明》管理部门审核意见					
补发《出生医学证明》号码					
本人提供的所有材料完全真实，如有虚假，愿承担一切法律后果。已收到补发的《出生医学证明》，各项信息核对无误。 母亲签字：_____ 父亲签字：_____ 年 月 日					
签发人：_____ 补发日期：_____ 年 月 日					

注：1、补证提供材料：父母双方有效身份证件、户口簿原件、原《出生医学证明》存根复印件（加盖原签发单位公章）、刊登有原《出生医学证明》遗失或被盗等相关声明的报纸及当地卫生健康行政部门规定的其他材料。

2、未报户口前遗失《出生医学证明》者，补发《出生医学证明》正副页；已办理户口登记手续后遗失《出生医学证明》者，只补发《出生医学证明》正页。

3、本申请由申请补发《出生医学证明》的儿童母亲和父亲双方亲自办理，否则不予受理。

4、补发的证件信息应与原证件一致。

5、原《出生医学证明》存根复印件、补发《出生医学证明》存根粘贴于本表背面。

附件 5:

亳州市_____出生医学证明核查台账（签发机构）

签发机构名称	申领季度	起始编号	终止编号	本季度申领总数	上季度库存数	本季度分娩数	本季度使用数				本季度库存数	核实结果	
							首次签发数	换发数	废证数	小计		证数	证号及真伪情况

签发机构填表人：

签发机构负责人

核查人：

核查日期：

管理机构负责人或委托责任人签字：

注：各县区妇幼保健机构分别于 1 月、4 月、7 月、10 月的 10 日前完成上季度核查台账工作，留原件备查，签发机构留复印件备查。

附件 6:

亳州市_____出生医学证明核查台账（管理机构）

管理机构 名称	申领季 度	起始编号	终止编号	本季度 申领总 数	上季度 库存数	本季度 分娩数	本季度使用数						本季度 库存数	核实结果								
							首次签发数		换发数	补发	废证数	小计		证数	证号及真伪 情况							
							机构内	机构外														

填表人:

核查人:

核查日期:

管理机构负责人或委托责任人签字:

注: 各县区妇幼保健机构分别于 1 月、4 月、7 月、10 月的 10 日前完成上季度核查台账工作, 留原件备查。