附表8:

**《出生医学证明》换发申请登记表**

**医疗机构(盖章)： 编号**：

|  |
| --- |
| 分 娩 信 息 |
| 产妇姓名 |  | 住院病历号 |  | 医疗机构名称 |  |
| 新生儿性别 |  | 出生时间 |  年 月 日 时 分 |
| 出生地点 |  市 区（县）  | 出生孕周 |  周 |
| 体重 | 克 | 身长 |  厘米 | 原证件编号：  |
| 以上内容由原签发机构根据病案信息填写或打印，核对正确无误后签字确认。签发人员签字： 签发日期： 年 月 日 |
| 新生儿及其父母相关信息 | 申请换发原因(在相应序号□上打√)： 1.□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；2.□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；3.□无效证件。 |
| 新生儿姓名 |  |
| 母亲信息 | 姓名 |  | 年龄 |  |
| 国籍 |  | 民族 |  |
| 有效身份证件类别：居民身份证□；护照□；其他\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 有效身份证件号码： |
| 户口地址： |
| 父亲信息 | 姓名 |  | 民族 |  |
| 国籍 |  | 年龄 |  |
| 有效身份证件类别：居民身份证□；护照□；其他\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 有效身份证件号码： |
| 户口住址： |
| 新生儿办理出生登记情况：1.已办理 2.未办理 |
| 领证人 | 姓名 |  | 与新生儿关系 |  |
| 有效身份证件号码： |
| 委托书： 1有 2无 |
| 以上内容由领证人按换证内容填写，信息必须真实，请核对正确无误后签字确认，并承担相应法律责任。新生儿母亲签字:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 新生儿父亲签字：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_领证人签字：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 年 月 日 |

注：1.填写《出生医学证明》换发申请登记表时，需提供新生儿父母现有效身份证件原件、《出生医学证明》信息变更单或法定亲子鉴定报告等相关证明材料，并复印留存。受委托领证人须持有新生儿母亲签字的委托书，并留存。2.对已经在本市办理出生登记的，须持有公安派出所加盖“户口专用章”的原《出生医学证明》副页复印件，换发《出生医学证明》正页，留存副页和存根，同时将加盖“出生医学证明专用章”的副页复印件交予本辖区妇幼保健所集中上交；对未办理户口登记的，须持原证正、副页，换发《出生医学证明》正页、副页。