附件1

非婚生育说明（样本）

我叫 ，性别： ,身份证号码： ，户籍地： 。

我于 年   月 日在  省 市（县、区） 医院生育一男(女)孩，取名叫：  ，该婴儿确系我和 （身份证号码： ）非婚所生，以上情况若不属实，愿承担法律责任。

特此说明！

                             说明人：

                                  年    月    日

附件2

出生情况说明（样本）

（婴儿姓名）， （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

婴儿出生地： 省 市 县（市、区）

由 （接生人员姓名）接生，与婴儿关系

因 原因，未在医院出生

出生时婴儿状况 1、好 2、一般 3、差

接生人员联系电话： 身份证号：

以上情况若不属实，愿负法律责任。

母 亲： （签名） 身份证号： 日期：

父 亲： （签名 ）身份证号： 日期：

证明人： （签名） 身份证号： 日期：

与婴儿关系： 联系电话：

附件4

助产机构外出生人员出生医学证明首次签发申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **分娩信息、婴儿姓名及其父母相关信息** | | | | | | | | | | | | | |
| 婴儿姓名  （应与亲子鉴定证明一致） | | |  | | | 性别 |  | | 出生时间  （应与出生情况说明  一致） | 年 月 日 时 分 | | | |
| 出生地点 | | | | | | 省 市 县（区） | | | | | | | |
| 母亲信息 | | 姓名 | |  | | | | 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 | | | | | |  | | | | | |
| 家庭住址 | | | | | |  | | | | | |
| 父亲信息 | | 姓名 | |  | | | | 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 | | | | | |  | | | | | |
| 家庭住址 | | | | | |  | | | | | |
| 领证人 | | 姓名 | | |  | | | 与婴儿关系 | |  | 联系电话 | |  |
| 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 | | | | | |  | | | | | |
| **承诺书（必填）**  申请人承诺所提供的上述所有资料信息真实、有效，经核对正确无误，并已详细阅读《出生医学证明》申领须知。如提供虚假材料或存在虚假信息，申请人本人愿意承担相应的后果和法律责任。《出生医学证明》一经签发，证件上的各项信息原则上不予变更。  申请人（本人或监护人）签字（手印）：  联系电话： 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | |
| **以下信息签发机构填写：** | | | | | | | | | | | | | |
| 材料审核 | 1.亲子鉴定证明（交原件） | | | | | | | | | | | 有 口 无 口 | |
| 2.出生情况说明（交原件） | | | | | | | | | | | 有 口 无 口 | |
| 3.新生儿母亲的有效身份证件（验原件，交复印件） | | | | | | | | | | | 有 口 无 口 | |
| 4.新生儿父亲的有效身份证件（验原件，交复印件） | | | | | | | | | | | 有 口 无 口 | |
| 5.领证人有效身份证件（验原件，交复印件） | | | | | | | | | | | 有 口 无 口 | |
| 6.证明领证人监护关系身份的相关材料（验原件，交复印件） | | | | | | | | | | | 有 口 无 口 | |
| 《出生医学证明》存根联粘贴处 | | | | | | | | | | | | | |

**注：**

**1.填写首次签发登记表时，需提供婴儿父母有效身份证件原件并提交复印件；**

**2.表中的“分娩信息、婴儿姓名及其父母相关信息”由领证人填写，所有项目要字迹清楚，若出现涂改，相应内容须由领证人签字确认。**附件6

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 《出生医学证明》换发申请表 | | | | | | | |
| 原证编号 | | |  | | | | |
| 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 | | |  | |
| 有效身份证件号码 | | |  | |
| 申请换发原因 | | | | | |  | |
| 原证正、副页交回情况 | | | | | | 正页 □ 正页和副页 □ | |
| **领证人需提供和提交的证明材料** | | | | | | 换发后《出生医学证明》存根、原证的正页或正、副页及相关材料粘贴处 | |
| 1.新生儿父母的书面申请（ ）  2.原签发机构提供的住院分娩病历、病历签发记录或出生证存根页复印件（ ）  3.户口登记机关出具的无法入户的证明材料（ ）  4.新生儿父母有效身份证件原件和复印件（ ）  5.领证人的有效身份证件原件和复印件（ ）  6.其他 | | | | | |
| 领证人 | 姓名 |  | | 与新生儿关系 |  |
| 有效身份证件类型 | | |  | |
| 有效身份证件号码 | | |  | |
| 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，并承担相应法律责任。  领证人签字：  填报日期： 年 月 日 | | | | | |

备注：若原《出生医学证明》上没有母亲信息的，则“新生儿母亲”一栏填写新生儿父亲信息。