

福建省卫生健康委员会

闽卫妇幼函〔2023〕528号

福建省卫生健康委员会 福建省公安厅关于做好 启用出生医学证明（第七版）有关工作的通知

各设区市卫健委、公安局，平潭综合实验区社会事业局、公安局，省卫健委直属各医疗机构，福建医科大学、中医药大学各附属医院，联勤保障部队第九〇〇医院、福能集团总医院、武警福建总队医院：

近日，国家卫生健康委办公厅联合公安部办公厅印发了《关于启用出生医学证明（第七版）的通知》（国卫办妇幼发〔2023〕4号，可在国家卫生健康委官网下载），现结合我省实际，提出以下要求，请一并贯彻落实。

一、做好出生医学证明（第七版）样证分发工作

各级卫生健康行政部门、公安机关要及时将本通知转发至证件管理机构、签发机构和户口登记机关，协调做好相关工作，确保2023年4月1日出生医学证明（第七版）按时启用，不再签发原统一制发的旧版出生医学证明（第六版）。县级卫生健康行政部门或出生医学证明管理机构需于4月1日前将出生医学证明（第七版）样证分发至本辖区相关公安部门。出生医学证明（第七版）样证式样详见附件1。

二、清理旧版出生医学证明（第六版）

各地务必指导并督促本辖区各级各类出生医学证明签发、管

理机构于 2023 年 3 月 31 日前登录福建省基层医疗卫生信息系统对尚未使用的出生医学证明（第六版）进行作废处理，不得延期使用，并于 5 月 1 日前将本地区前一季度废证原件及出生医学证明废证季度统计表报至省级出生医学证明管理机构，废证由省级卫生健康行政部门集中销毁。

三、健全空白证件申领机制

各级卫生健康行政部门是空白证件申领、监管的责任主体。各地市应在每年 9 月 30 日前向省级出生医学证明管理机构提交下一年度全年“母婴三证”申领计划（见附件 2），每季度首月的 5 日前提交下一季度的“母婴三证”申领计划（见附件 3），同时填报上一季度的出生医学证明季度配发表（见附件 4）。

省卫健委妇幼处联系人：黄燕凤

电话：0591-87852602

省级出生医学证明管理机构联系人：杨太燕

电话：0591-87852602

- 附件：1. 出生医学证明（第七版）样证式样
2. 全年“母婴三证”申领计划表
3. “母婴三证”申领单
4. 出生医学证明季度配发表

福建省卫生健康委员会

福建省公安厅

2023 年 3 月 28 日

（此件主动公开）

附件 1

出生医学证明（第七版）样证式样

出生医学证明
MEDICAL CERTIFICATE OF BIRTH



新生儿姓名 Neonatal Name	性别 Gender	出生时间 Time of Birth	年	月	日	时	分	Minute
出生孕周 Gestational Age	周 Week	出生体重 Birth Weight	克 g	出生身长 Birth Length	厘米 cm			
出生地点 Birth Place	省 Province	市 City	县(区) County	医疗机构名称 Medical Institutions				
母亲姓名 Mother's Name	年龄 Age	国籍 Nationality	民族 Ethnic Group	住址 Address				
有效身份证件类别 Valid Identification	居民身份证 <input type="checkbox"/>	护照 <input type="checkbox"/>	其他 <input type="checkbox"/>	有效身份证件号码 Valid Identification No.				
父亲姓名 Father's Name	年龄 Age	国籍 Nationality	民族 Ethnic Group	住址 Address				
有效身份证件类别 Valid Identification	居民身份证 <input type="checkbox"/>	护照 <input type="checkbox"/>	其他 <input type="checkbox"/>	有效身份证件号码 Valid Identification No.				

签发机构(盖专用章)
Issued Authority (Stamp)

签发日期
Date Issued

年 月 日
Year Month Day

编号
No. * X 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 *



出生医学证明副页


新生儿姓名	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)	医疗机构名称			
母亲姓名	年龄	国籍	民族	住址			
有效身份证件类别	居民身份证 <input type="checkbox"/>	护照 <input type="checkbox"/>	其他 <input type="checkbox"/>	有效身份证件号码			
父亲姓名	年龄	国籍	民族	住址			
有效身份证件类别	居民身份证 <input type="checkbox"/>	护照 <input type="checkbox"/>	其他 <input type="checkbox"/>	有效身份证件号码			

签发机构(盖专用章)

签发日期

年 月 日

编号 * X 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 *



此副页由户口登记机关裁切保存

出生医学证明存根

新生儿姓名	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)	医疗机构名称			
母亲姓名	年龄	国籍	民族	住址			
有效身份证件类别	居民身份证 <input type="checkbox"/>	护照 <input type="checkbox"/>	其他 <input type="checkbox"/>	有效身份证件号码			
父亲姓名	年龄	国籍	民族	住址			
有效身份证件类别	居民身份证 <input type="checkbox"/>	护照 <input type="checkbox"/>	其他 <input type="checkbox"/>	有效身份证件号码			

接生人员姓名


签发人员姓名

签发日期

年 月 日

签发机构(盖专用章)

编号 * X 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 *



此存根由签发机构保存



中华人民共和国
国家卫生健康委员会监制
Under the Supervision of National Health
Commission of the People's Republic of China

出生医学证明
MEDICAL CERTIFICATE OF BIRTH

附件 2

_____ 年全年“母婴三证”申领计划表

_____ 设区市 单位名称（盖章）：_____

证件种类	年度计划	第一季度计划	第二季度计划	第三季度计划	第四季度计划
出生医学证明（张）					
母婴保健技术 服务执业许可证（套）					
母婴保健技术 考核合格证书（套）					

注：填报年度计划总数和每季度证件需求量。

负责人：_____ 填表人：_____ 填表日期：_____ 年 _____ 月 _____ 日 联系电话：_____

附件 3

“母婴三证” 申领单

_____年__季度

_____设区市

单位名称 (盖章): _____

申领数量			备注
出生医学证明 (张)	母婴保健技术服务执业许可证 (套)	母婴保健技术考核合格证书 (套)	

负责人: _____

填表人: _____

联系方式: _____

填表日期: _____年__月__日

附件 4

《出生医学证明》季度配发表

_____年第__季度

_____设区市 单位名称（盖章）：_____

统一社会信用代码：_____

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 保 健 机 构 内 活 产 数 (18)	本 季 度 申 领 数 (19)	
	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 (16)
	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)				
					0				0					0	0			

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，应为全市各级库存数的和；

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