

国家卫生健康委办公厅 公安部办公厅 文件

国卫办妇幼发〔2023〕4号

关于启用出生医学证明(第七版)的通知

各省、自治区、直辖市及新疆生产建设兵团卫生健康委、公安厅(局)：

根据国家卫生健康委2023年第2号公告，自2023年4月1日起启用出生医学证明(第七版)。为保障新版证件和旧版证件顺利交替，现将相关事项通知如下。

一、启用出生医学证明(第七版)

2023年4月1日起启用由国家卫生健康委统一制发的出生医学证明(第七版)，原统一制发的出生医学证明(第六版)签发日期截至2023年3月31日。出生医学证明(第七版)正页、副页和存根三联右下方的“出生医学证明编号”表示形式由“1位字母+9位数字”变更为“1位字母+9位数字+条形码”，相应区域的底色由

绿色改为黄色,其他文字、格式、色值以及所有防伪技术均未改动。出生医学证明(第七版)将按原有程序发运至各省(区、市)。出生医学证明(第七版)样证式样详见附件1。

二、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。各省(区、市)应在每年10月10日前向中国疾病预防控制中心妇幼保健中心证件办提交下一年度全年“母婴三证”申领计划(全年“母婴三证”申领计划表见附件2)。每季度首月的10日前提交下一季度的“母婴三证”申领计划(“母婴三证”申领单见附件3),同时填报上季度的《出生医学证明》季度配发表(见附件4)。省级上报的表单及省级签收货物的验收回执单均需加盖卫生健康行政部门印章。

三、清理旧版出生医学证明(第六版)

2023年4月1日起,各地要及时清理本部门及各级管理机构、签发机构尚未使用的出生医学证明(第六版),按废证管理要求予以处理,不得延期使用。要认真做好旧版证件登记工作,如实记录证件编号和数量,在证件中标识作废,逐级报至省级卫生健康行政部门集中销毁,并作好销毁记录。请各省级卫生健康行政部门于2023年6月30日前将本地区出生医学证明(第六版)清理和销毁情况报送国家卫生健康委妇幼司。

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。

国家卫生健康委妇幼司联系人:刘晓亮

联系电话:010—68791818

公安部治安管理局联系人:周文钊

联系电话:010—66263952

中国疾病预防控制中心妇幼保健中心联系人:连光利

联系电话:010—62170855

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



(信息公开形式:主动公开)

出生医学证明（第七版）样证式样

出生医学证明副页

新生儿姓名 _____ 性别 _____ 出生时间 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 时 _____ 分
 出生年月 _____ 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 ☐ 护照 ☐ 其他 _____ 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 ☐ 护照 ☐ 其他 _____ 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
 出生年月 _____ 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 ☐ 护照 ☐ 其他 _____ 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 ☐ 护照 ☐ 其他 _____ 有效身份证件号码 _____

接生人员姓名 _____ 领证人员签字 _____

签发人员签字 _____ 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“母婴三证”申领计划表

____省（区、市） 单位名称（盖章）：_____

证件种类	年度计划	第一季度	第二季度	第三季度	第四季度
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：_____ 联系方式：_____ 填表日期：_____年__月__日

附件 3

“母婴三证” 申领单

_____年__季度

_____省（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

