附件6

|  |
| --- |
| 出生医学证明补发申请表 |
| 新生儿姓名 |  | 原出生医学证明编号 |  |
| 新生儿性别 |  | 出生日期 |  年 月 日 |
| 新生儿母亲 | 姓 名 |  |
| 有效身份证件类型 |  |
| 有效身份证件号码 |  |
| 新生儿父亲 | 姓 名 |  |
| 有效身份证件类型 |  |
| 有效身份证件号码 |  |
| 申请补发原因 |  |
| 办理户口登记情况 |  □已办理户口登记 □未办理户口登记 |
| 领证人需提供和提交的证明材料 | 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。 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 领证人签字： 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 年 月 日 |
| 1.新生儿父母的书面申请（ ）；2.原首次签发登记表复印件（ ）；3.新生儿父母有效身份证件原件和复印件（ ）；4.领证人有效身份证件原件和复印件（ ）；5.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 |  |
| 原签发机构 | 审批意见：经办人签名： 年 月 日 | 审批意见：科室负责人签名： 年 月 日 | 审批意见：单位负责人签名： 年 月 日 |
| 补发机构 | 审批意见：经办人签名： 年 月 日 | 审批意见：科室负责人签名： 年 月 日 | 审批意见：单位负责人签名： 年 月 日 |
| 出生医学证明存根粘贴处 |

注：填表有关要求参照首次签发要求。