附件7

《出生医学证明》补领登记表

|  |  |
| --- | --- |
| 原《出生医学证明》编号 |  |
| 申请补领原因 | □遗失 □被盗 □其他  |
| 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 |  |
| 证件号码 |  |
| 新生儿父亲 | 姓 名 |  |
| 有效身份证件类型 |  |
| 证件号码 |  |
| 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  | 姓名 |  | 与新生儿关系 |  |
| 有效身份证件类型 |  |
| 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： 年 月 日 |