

# 枣庄市卫生健康委员会 文件 枣庄市公安局

枣卫发〔2019〕14号

## 枣庄市卫生健康委员会 枣庄市公安局 关于印发《枣庄市出生医学证明管理办法》的 通知

各区（市）卫生健康局、公安（分）局，枣矿集团生活卫生管理中心，委直有关单位：

根据省卫生健康委、省公安厅《山东省出生医学证明管理办法》（鲁卫发〔2019〕10号）精神，为进一步加强全市出生医学证明管理，优化工作流程，方便群众办证，结合我市实际，枣庄市卫生健康委、枣庄市公安局联合制定了《枣庄市出生医学证明管理办法》，现印发你们，请遵照执行。

枣庄市卫生健康委员会



枣庄市公安局



2019年11月14日

（信息公开形式：主动公开）

# 枣庄市出生医学证明管理办法

## 第一章 总 则

**第一条** 为加强母婴保健，保护公民合法权益，规范出生医学证明的申领、发放、使用和管理，根据有关法律法规和政策规定，结合我市实际，制定本办法。

**第二条** 出生医学证明是依据《中华人民共和国母婴保健法》出具的，证明新生儿出生状态、血亲关系，申报国籍、户籍，取得公民身份的法定医学证明。

**第三条** 出生医学证明签发机构应当遵照本办法要求，依法为新生儿签发国家统一制发的出生医学证明。

**第四条** 各级卫生健康行政部门、公安机关、证件管理和签发机构及其相关工作人员应当遵守本办法，分别做好出生医学证明管理和使用工作。

## 第二章 职责分工

**第五条** 各级卫生健康行政部门是出生医学证明管理机构，负责辖区内出生医学证明管理工作。

市卫生健康委负责全市出生医学证明管理，委托市妇幼保健院承担全市出生医学证明事务性管理工作。各区（市）卫生健康局分别负责辖区内出生医学证明具体管理与监督，并书面委托同级妇幼保健机构承担出生医学证明的事务性管理工作，明确受委

托机构职责，报市卫生健康委备案。受委托机构应严格按照卫生健康行政部门委托履行职责，设专职人员，做好相关事务性管理工作。

**第六条** 具备助产技术服务资质的医疗保健机构、卫生健康行政部门指定的机构为签发机构。管理机构（含受委托承担出生医学证明事务性管理工作的机构，下同）、签发机构要建立健全出生医学证明申领、出入库、保管、签发、印章管理、废证管理、档案管理、信息管理和信息安全等制度，由专人分别负责出生医学证明管理和印章管理，加强宣传工作，将出生医学证明办理流程及注意事项作为产前保健的重要内容进行宣教，指导产妇及家属做好新生儿姓名等准备，主动及时申领证件，同时受理群众咨询，规范出具出生医学证明，并接受上级管理机构的监督检查。

**第七条** 各级公安机关负责组织查处、打击本辖区伪造、变造、盗窃、骗取、买卖出生医学证明、印章，以及买卖或者使用伪造、变造的出生医学证明等违法犯罪行为。

公安机关依据出生医学证明，办理出生登记，并留存副页作为出生登记的原始凭证。

**第八条** 出生医学证明实行属地管理。各区（市）卫生健康局负责对辖区内出生医学证明管理和签发机构进行审核登记，经市卫生健康委现场复核同意后通报同级公安机关，并报省卫生健康委备案（备案登记表见附件1）。

市、区级卫生健康行政部门要建立专家会商制度，按照属地

化管理原则，对辖区内工作中遇到的特殊、疑难案例进行会商和研判，提出办理意见，形成会议纪要并做好备案，指导各管理、签发机构做好有关工作。

各级卫生健康行政部门应将出生医学证明管理机构和签发机构名单主动向社会公开，并严格实行动态管理。

### 第三章 工作管理

**第九条** 空白出生医学证明实行逐级上报计划、申领配发制度。各级管理和签发机构根据年度需求做好计划并逐级上报，各区（市）次年的订购数量应于当年10月10日前书面报市妇幼保健院。

各级管理和签发机构按季度申领、配发出生医学证明（季度配发表见附件2）。申领配发出生医学证明时，需2名证件管理人员一同申领，并提交领取审批表（见附件3）、申领经办人（委托人）证明（见附件4）、领取人身份证（原件、复印件）。各级管理和签发机构必须按号码顺序发放出生医学证明。

**第十条** 各级管理和签发机构要建立出入库登记签字制度，落实专人运送和保管空白出生医学证明，办理出入库时至少有2名管理人员验收并填写入库登记本（见附件5）。如有损坏、编号或数量有误等情况，应及时查明原因，并逐级上报省妇幼保健院。出生医学证明一经出库，原则上不得进行调剂，确需调剂的需逐级上报由省妇幼保健院视情况统一进行调剂。

**第十一条** 各级管理和签发机构要严格执行出生医学证明存放双人双锁和专人管理制度，相关操作人员实行实名制，如需调整更换须提前逐级报告省妇幼保健院并按规定核准或核销。空白出生医学证明的保管要达到以下基本标准。

（一）保存、签发场所应设独立房间，布局合理，领证人与签发区域合理分开，不得与其他科室（或业务）共用一个房间或从事其他业务。

（二）证件存放环境整洁，相对湿度不超过 30%，温度-5℃-40℃，无腐蚀性气体，通风良好，防潮、防虫、防鼠和防火等措施齐全。

（三）出生医学证明应存放于专用保险柜中，保险柜不得存放其他无关物品。存放房间应加设铁门、内屋门锁和防盗门窗，并安装监控设施，监控范围做到工作区域全覆盖。

（四）管理和签发同属一个机构的，应将管理和本机构签发的空白出生医学证明分别放置在不同的保险柜中进行管理，不得混放在一个保险柜中。

（五）当日当班未签发的空白出生医学证明必须放回保险柜，并做好当日当班的交接记录（出入保险柜登记本见附件 5）。

**第十二条** 各级管理和签发机构要严格遵守出生医学证明印章（包括专用章和补发专用章）管理使用制度。

（一）出生医学证明印章由区（市）卫生健康局按照有关规定统一监制，并及时将印模式样抄送至同级公安机关和市卫生健

康委备案；由市卫生健康委上报省卫生健康委备案。（印章刻制式样、要求见附件6）

（二）出生医学证明专用章用于首次签发、换发；补发专用章用于补发。

（三）出生医学证明正页、副页和存根均需加盖印章，不得盖骑缝章或其他印章。

（四）落实专人管理，证章分开，空白出生医学证明严禁盖章。

（五）出生医学证明印章遗失、损毁等情况，须及时报告区（市）卫生健康局，申请刻制新印章的，应按照国家程序上报备案并通报同级公安机关。

（六）签发机构变更名称、撤并或取消资质的，须在15个工作日内将原印章上交所在区（市）卫生健康局，并做好登记、备案等管理工作；按照有关程序，由市卫生健康委报省卫生健康委备案，同时通报同级公安机关。

**第十三条** 各级管理和签发机构要建立完善出生医学证明信息管理制度，按照档案管理的要求，将出生医学证明存根及相关资料分类归档，永久保存。撤并或取消资质的签发机构，将其出生医学证明档案资料移交给辖区区（市）妇幼保健机构，并做好交接登记。要加强信息化建设进度，做好信息登记和报告工作（信息报告卡见附件7）。

各级管理和签发机构及其工作人员对因管理、签发出生医学

证明而掌握的公民个人信息，须予以保密、不得私自泄露；信息数据要做好安全备份。

**第十四条** 各级管理机构要落实人员培训制度，加强管理人员、签发人员的培训，每年至少培训 1 次。培训内容包括出生医学证明相关法律法规文件、签发流程、证件管理、印章管理、档案管理、真伪鉴别和系统操作使用等。

**第十五条** 各级管理机构、签发机构和助产机构要采取适当的方式将申领出生医学证明的条件、流程、办证时限、注意事项等进行公开，指导群众申领证件。

#### **第四章 签发管理**

**第十六条** 出生医学证明签发包括首次签发、换发和补发。

**第十七条** 首次签发是指签发机构第一次为新生儿出具出生医学证明。办理首次签发应提供以下相关材料：

- （一） 新生儿父母有效身份证件原件、复印件；
- （二） 填写首次签发登记表（见附件 8）。

领证人不是新生儿母亲本人的，领证人需提供新生儿父母有效身份证件原件、复印件以及新生儿母亲签字的授权委托书（见附件 9），同时领证人应提供本人有效身份证件原件、复印件。

**第十八条** 在具有签发资质的助产机构内（以下简称医疗保健机构内）出生的新生儿，以及在家中或途中急产分娩后送该机构进行断脐、胎盘、会阴撕裂等处理的，原则上由新生儿母亲向

该机构申领出生医学证明，签发人员认真核实首次签发登记表分娩信息及新生儿父母相关信息，经审核无误后规范签发出生医学证明，并做好出生医学证明首次签发登记工作。

**第十九条** 在不具有签发资质的助产机构出生的新生儿，以及在家中或途中急产分娩后送该机构进行断脐、胎盘、会阴撕裂等处理或未进行处理的，该机构要主动告知新生儿母亲及时向新生儿出生地区（市）妇幼保健机构申领出生医学证明。申领时除按第十七条规定提供相关材料外，还应提交该助产机构证明和记载分娩信息的材料。

**第二十条** 在具有助产技术服务资质的医疗保健机构外（以下简称医疗保健机构外）出生的新生儿，由本人或其监护人向拟落户地区（市）妇幼保健机构申领出生医学证明。申领时应提供除按第十七条规定的相关材料外，还需要提供：

- （一）亲子关系声明（见附件 10）；
- （二）具有资质的鉴定机构出具的亲子鉴定证明原件；
- （三）如有接生人员，需提供接生人员接生情况证明（见附件 11）；
- （四）医疗保健机构外出生首次签发登记表（见附件 12）。

**第二十一条** 特殊情形的首次签发：

（一）新生儿母亲一方申领出生医学证明且不能提供新生儿父亲有效身份证件原件的，新生儿母亲须出具书面声明（见附件 13），签发机构应在出生医学证明上父亲信息的相应一栏处标注

“/”，签发机构须将书面声明与存根一并保存。

(二)新生儿父亲一方申领出生医学证明且不能提供新生儿母亲有效身份证件原件的，须凭有效身份证件原件、复印件、书面声明和具有资质的鉴定机构出具的亲子鉴定证明，向拟落户地区(市)妇幼保健机构申领医疗保健机构外出生医学证明。若能提供与医疗保健机构内分娩产妇信息一致的相关证明材料的，可凭上述材料到本机构申请医疗保健机构内出生医学证明。签发机构参照出生情况，并依据书面声明和亲子鉴定证明签发出生医学证明，签发机构应在出生医学证明上母亲信息的相应一栏处标注“/”，以上材料存档保存。

(三)新生儿母亲或父亲因死亡、失踪、羁押入狱等原因无法提交有效身份证件原件的，应提交死亡证明或死亡户口注销证明、法院宣告死亡、失踪的证明材料和服刑人员所在的监狱管理部门出具的相关证明材料；新生儿父母均死亡或失踪的，还应提交新生儿监护人的有效身份证件和身份关系证明原件、复印件。

**第二十二条** 新生儿出生后原则上应在1个月以内按要求申领出生医学证明。超过1年时间未申领的，首次申领时需向签发机构提交产妇病历复印件(包含首页、分娩记录、出院记录)等，并作出个人信息真实承诺。如无法提供以上资料，须提交有资质的鉴定机构出具的亲子鉴定证明原件。

原助产机构撤并的，由原助产机构所在区(市)妇幼保健机构办理出生医学证明，对申领人不能提供原助产机构原始病历复

印件（含首页、分娩记录、出院记录）等，参照第二十条给予办理。

**第二十三条** 签发机构应当依照新生儿父母的有效证件录入其父母的信息。其父母所持证件为居民身份证时，须通过居民身份证验证机验证。对居民身份证不能通过验证或无法核实身份信息的，由签发机构出具身份信息核查函（见附件14），并凭公安机关出具的户籍身份核查回执确定父母身份信息。

**第二十四条** 新生儿母亲有效身份证件原件与住院分娩登记的姓名信息不一致，且住院分娩登记的姓名是公民过去在公安机关申报登记并正式使用过的姓名的，应以有效身份证件和居民户口簿为准；未在公安机关申报登记的姓名，应提供具有资质的鉴定机构出具的亲子鉴定证明。

**第二十五条** 出生医学证明一经签发，签发机构原则上不得对新生儿姓名、性别、出生日期等档案材料和数据信息进行更改。

**第二十六条** 换发是指原签发机构为因当事人或签发机构责任导致原出生医学证明无效的新生儿更换出生医学证明。具有下列情形之一的，申领人或新生儿父母向原签发机构申请换发出生医学证明，同时交回旧证。

（一）因当事人或签发机构责任导致原出生医学证明无效的（包括私拆副页、乱涂乱改、打印错误、字迹不清、项目不全、严重损坏、未加盖印章、身份证号码或其他信息发生变更等）；

（二）经公安机关证实新生儿姓名不能进行出生登记，需要

变更新生儿姓名的。

**第二十七条** 换发时应由当事人或新生儿父母、领证人到原签发机构提出申请，原签发机构在审核相关材料无误后予以换发。当事人或新生儿父母、领证人应提交的材料包括：

（一）当事人或新生儿父母书面申请；

（二）当事人或新生儿父母有效身份证件原件、复印件；

（三）领证人有效身份证件原件、复印件以及当事人或新生儿父母授权委托书；

（四）原出生医学证明正副页和换发登记表（见附件 15）等；原出生医学证明无父亲或母亲信息的，只提交新生儿母亲或父亲的有效身份证件原件、复印件；新生儿父母已离婚的，可只提交抚养新生儿一方的居民身份证和有关抚养关系的证明文件原件、复印件、不能提供另一方居民有效身份证件的书面申明；

申请变更新生儿父母双方或一方信息的，应提供具有资质的鉴定机构出具的亲子鉴定证明。

新生儿母亲或父亲因死亡、失踪、羁押入狱等原因无法提交有效身份证件原件的，申领时应提供第二十一条第三款规定的相关材料。

**第二十八条** 签发机构依据当事人提供的出生医学证明正副页及相关材料，填写换发登记表，换发出生医学证明，并做好换发登记。已办理出生登记的，只换发正页。

**第二十九条** 任何签发机构不得以外机构的出生医学证明换

发本机构的证明，也不能以医疗保健机构外的换发医疗保健机构内的出生医学证明。原签发机构撤并的，当事人需持第二十七条规定的相关材料，到原签发机构所在区（市）妇幼保健机构换发。

**第三十条** 补发是指原签发机构所在区（市）卫生健康行政部门或其指定机构为因遗失、被盗等情况造成出生医学证明丧失的新生儿补办证件。

补发时应由当事人或新生儿父母或领证人到枣庄市妇幼保健院或滕州市妇幼保健院提出申请（枣庄市妇幼保健院负责五区助产机构分娩的产妇，滕州市妇幼保健院负责滕州市助产机构分娩的产妇），管理机构在审核相关材料无误后予以补发。当事人或新生儿父母或领证人应提交的材料包括：

（一）当事人或新生儿父母书面申请；

（二）当事人或新生儿父母有效身份证件原件、复印件；

（三）领证人有效身份证件原件、复印件以及当事人或新生儿父母授权委托书；

（四）原出生医学证明存根或副页、补发登记表（见附件16）等。原出生医学证明无母亲或父亲信息、新生儿父母已离婚的等情况，可按照第二十七条有关规定办理补发。

**第三十一条** 补发机构依据补发登记表及相关材料，规范补发出生医学证明，补发证件内容应与原证信息一致，并加盖补发专用章、做好补发登记。

已办理出生登记的，只补发正页；未办理的，区（市）卫生

健康局向新生儿父母双方户籍所在地公安机关核查(见附件17), 公安机关出具未随父母双方落户证明, 否则不予补发副页。

**第三十二条** 管理和签发机构受理首次签发、换发和补发申请后, 应按规定审核相关材料, 条件符合、手续齐全、经审核无异议的, 应在5个工作日内签发出生医学证明。

## 第五章 废证管理

**第三十三条** 出生医学证明废证是指在运输、存储、发放过程中毁损、遗失的空白出生医学证明; 或因打印、信息错误等原因未签发的出生医学证明。

**第三十四条** 管理和签发机构遗失空白出生医学证明时, 应立即向所属卫生健康行政部门报告, 同时向公安机关报案, 保护现场, 配合调查, 并在所在地公开发行人报刊登声明作废, 在3个工作日内将书面报告报市妇幼保健院, 市妇幼保健院在遗失后5个工作日内将书面报告报省妇幼保健院。一次遗失5张及以上的, 由省卫生健康委报至国家卫生健康委。

对发生空白证件损毁、发现证件正或副页或存根编号不一致等废证应在出生医学证明三联上分别标示作废, 由所属卫生健康行政部门逐级报至省妇幼保健院。

**第三十五条** 管理和签发机构应落实废证信息定期报送制度(统计表见附件18), 定期上报废证统计表和分析报告, 次年1月底前汇总填报本年度废证登记表, 连同废证原件(遗失的除外)

送交市妇幼保健院，市妇幼保健院于2月底前统一上报至省妇幼保健院。省妇幼保健院于次年3月底前报省卫生健康委审核后集中销毁，做好销毁记录。

**第三十六条** 各级要加强废证的管理，严格控制废证率，对应为废证而人为的以换发名义办理的，经核实后，由单位写出情况说明，加盖公章，并逐级上报省卫生健康委备案，并按废证统计，同时要及时更正出生医学证明信息平台上的错误信息。

各级管理机构要对辖区年度废证率超过1%的签发机构进行督导，责令整改。

## 第六章 使用管理

**第三十七条** 新生儿出生后原则上应凭《出生医学证明》到公安机关申报出生登记。

**第三十八条** 公安机关在受理新生儿出生登记时应核对《出生医学证明》载体和信息真伪。

**第三十九条** 公安机关查验无误后拆切、保留《出生医学证明》副页作为新生儿出生登记的原始凭证，并将《出生医学证明》正页交还申报人保存。

申报新生儿出生登记欲变更新生儿姓名的，由公安机关按照《出生医学证明》记载的姓名办理出生登记后，再按照有关规定为其办理姓名变更手续，将《出生医学证明》记载姓名作为曾用名。

**第四十条** 出生医学证明的真伪鉴定工作由申请鉴定的公安机关所在的区（市）卫生健康行政部门或其指定机构统一受理和反馈。公安机关在进行户口登记时，如发现可疑出生医学证明，暂不予办理户口登记，将可疑证件和委托鉴别书送至当地区（市）卫生健康行政部门或其指定机构进行真伪鉴定，不得要求群众自行送检。

当地区（市）卫生健康行政部门或其指定机构收到出生医学证明委托鉴别书和存疑的出生医学证明后，应当在 7 个工作日内进行鉴别和相关事项确认，出具出生医学证明真伪鉴定书（见附件 19）并做好登记。真伪鉴别和处理按照国卫妇幼发〔2013〕52 号文件要求执行。

公安机关除办理案件需要外不直接对外省、外市卫生健康行政部门发函核查。

签发地非本区（市）的可送至市卫生健康委或其指定机构，由其协调签发地区（市）卫生健康行政部门或其指定机构对证件记载信息进行核查。各级卫生健康行政部门或其指定机构发现伪造证件时，应当将证件复印件和真伪鉴定书逐级报送至省妇幼保健院备案。

**第四十一条** 各级卫生健康行政部门和公安机关要加强协作配合，逐步建立健全信息共享长效机制，协商解决工作中遇到的各类问题，共同做好出生医学证明管理工作。

## 第七章 监督管理

**第四十二条** 各级卫生健康行政部门、公安机关依据相关法律法规对本行政区域内的出生医学证明管理、签发和使用工作进行监管。

**第四十三条** 各级卫生健康行政部门和公安机关应将出生医学证明监督管理纳入当地母婴保健执法工作计划，对辖区出生医学证明的管理、签发和使用情况进行有效的督查，定期考核评估，对发现的问题及时给予指导纠正。

管理和签发机构对本机构开展全面自查每年不少于4次，区（市）卫生健康局和公安机关对辖区内签发机构监督检查每年不少于2次，市卫生健康委和市公安局每年不少于1次。

**第四十四条** 出生医学证明的监督检查内容应包括：证件发放及使用情况；管理、签发机构场地设施情况；管理、签发机构和人员验收备案；管理、签发机构及人员核准核销；证件签发、印章管理、档案管理、信息管理、废证管理及人员考核、培训等。

**第四十五条** 出生医学证明管理和签发实行终身责任追究制度。各级证件管理和签发机构主要负责人为第一责任人，管理和签发机构所有相关工作人员均要签订终身责任制承诺书（承诺书见附件20），做好存档备案。

**第四十六条** 各级卫生健康行政部门和公安机关应及时纠正监督检查中发现的问题。有关机构或人员，有下列行为之一的，由当地卫生健康行政部门根据情节轻重，依法依规给予通报批评

或撤销签发资格等处理。

(一) 因运输、存储、管理不善导致出生医学证明损毁或遗失、被盗的;

(二) 在空白出生医学证明上加盖出生医学证明专用章的;

(三) 超范围签发出生医学证明的;

(四) 将出生医学证明给未经卫生健康行政部门批准开展助产技术服务或未经卫生健康行政部门审核备案签发机构、个人使用的;

(五) 私自调剂或交换使用出生医学证明的;

(六) 签发出生医学证明时违规或搭车收费的;

(七) 年度废证率超过 1% 的;

(八) 工作业务不熟练、作风简单粗暴造成恶劣影响、群众有反映举报并查实的;

(九) 其他违反本办法的行为。

**第四十七条** 伪造、变造、买卖出生医学证明和印章，买卖、泄露公民个人信息，以及买卖或使用伪造、变造的出生医学证明的单位和个人，由卫生健康行政部门、公安机关依据相关法律法规，分别作出处罚；构成犯罪的，依法追究刑事责任（具体见附件 21）。

**第四十八条** 对隐瞒事实真相，提供虚假证明材料骗领出生医学证明，导致出生医学证明记载内容不真实的，由申领人承担相应的法律责任。管理或签发机构应撤销相应的登记，对已收缴、

撤销签发的出生医学证明进行封存，并书面通知新生儿母亲和父亲户口所在地公安机关。构成违反治安管理行为的，公安机关依法给予治安管理处罚，构成犯罪的，依法追究刑事责任。

## 第八章 附 则

**第四十九条** 出生医学证明的签发适用于1996年1月1日以后出生的新生儿。

**第五十条** 本办法自2019年10月12日起正式施行，有效期至2024年10月11日。

附件：

1. 《出生医学证明》备案登记表
2. 《出生医学证明》季度配发表
3. 《出生医学证明》领取审批表
4. 申领经办人（委托人）证明（样表）
5. 《出生医学证明》入库登记本
6. 印章刻制式样、要求
7. 出生医学信息报告卡
8. 《出生医学证明》首次签发登记表及签发要求
9. 办理《出生医学证明》授权委托书
10. 亲子关系声明（样表）
11. 情况证明（样表）

12. 医疗保健机构外出生的《出生医学证明》首次签发登记表
13. 办理《出生医学证明》书面声明（样表）
14. 身份信息核查函
15. 《出生医学证明》换发登记表及登记本
16. 《出生医学证明》补发登记表及登记本
17. 户籍核查函
18. 《出生医学证明》废证季度统计表
19. 《出生医学证明》真伪鉴定书
20. 《出生医学证明》终身责任制承诺书
21. 关于《出生医学证明》监管相关法律法规

附件 1

## 《出生医学证明》签发机构及印章备案登记表

县级卫生健康

市级卫生健康行政

行政部门（盖章）：

部门审核（盖章）：

组织机构名称		组织机构代码	
是否具备助产机构服务资质	是：		否：
法人代表			
分管领导姓名		职务	
联系电话			
管理人员姓名		职务	
联系电话			
证件申领人	姓名		联系电话
	公民身份号码		
签发人	姓名		联系电话
	公民身份号码		
印章管理人	姓名		联系电话
	公民身份号码		
印章启用时间			
印章终止时间			
《出生医学证明》专用章式样：		《出生医学证明》补发专用章式样：	

填表时间： 年 月 日

## 《出生医学证明》管理人员备案登记表

设区的市级卫生健康行政部门（盖章）

市卫生健康行政部门分管人员姓名		性别		职务	
联系方式	手机				
	办公				
	邮箱				
分管领导		职务		联系电话	
市妇幼保健机构分管人员姓名		性别		职务	
联系方式	手机				
	办公				
	邮箱				
分管领导		职务		联系电话	

备注：相关内容变更须重新上报备案登记表。

## 附件 2

# 《出生医学证明》季度配发表

\_\_\_\_\_年 第\_\_\_\_\_季度

\_\_\_\_\_市 \_\_\_\_\_县（区） 单位名称：\_\_\_\_\_ 组织机构代码：\_\_\_\_\_

上季度申领数 (1)	上季度使用情况													上季度库存数 (15)	上季度医疗机构内活产数 (16)	本季度申领数 (17)
	医疗机构内出生的签发数						医疗机构外出生的签发数 (8)	废证数					合计 (14)			
	当年出生的首次签发数 (2)	既往年度出生的首次签发数 (3)	家庭接生员接生的签发数 (4)	换发数 (5)	补发数 (6)	小计 (7)		因打印或填写错误数 (9)	遗失数 (10)	损毁数 (11)	其他原因数 (12)	小计 (13)				

单位负责人：\_\_\_\_\_ 填表人：\_\_\_\_\_ 联系方式：\_\_\_\_\_ 填表日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

注：1. 本统计表《出生医学证明》的数量单位为“张”。

2. 表中逻辑关系：(7)=(2)+(3)+(4)+(5)+(6)；(13)=(9)+(10)+(11)+(12)；(14)=(7)+(8)+(13)。

3. 设区的市级卫生健康行政部门应于每年 2 月 10 日，5 月 10 日，8 月 10 日，11 月 10 日前分别完成上一季度季报表审核，报省妇幼保健院。

附件 3

## 《出生医学证明》领取审批表

申请单位 (单位公章)		负责人 (手写签名)	
申请日期		申请单位上批 领取时间	
申请单位上批 领取数量		上批全市 结余数量	
本次申请数量		领取人 (手写签名)	
领取人电话		领取人 身份证号码	
出生证明 号 段		出库经办人 (手写签名)	
上级妇幼保健 院意见	签字：  年    月    日		

注：《出生医学证明》的申领实行首问负责制和审批制。

附件 4

## 申领经办人（委托人）证明

（样表）

委 托 单 位： \_\_\_\_\_

经办人（被委托人）： \_\_\_\_\_

联系电话（手机）： \_\_\_\_\_

（委托）办理事项： \_\_\_\_\_

经办人（被委托人）身份证明复印件粘贴处

委托单位盖章

年 月 日

附件 5

## 《出生医学证明》入库登记本

\_\_\_\_\_单位

序号	入库日期	证件起止编号	数量	入库审核人 (1)	入库审核人 (2)	备注

## 出生医学证明出入保险柜登记本

日期	取出记录						放回记录					
	时	分	编号起止号码	数量	审核人	审核人	时	分	编号起止号码	数量	审核人	审核人

附件 6

## 印章刻制式样、要求

(略)

## 附件 7

# 出生医学信息报告卡

《出生医学证明》编号 □ □ □ □ □ □ □ □ □ □

新生儿信息	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(g) 出生身长_____厘米(cm) 出生地点_____省_____市_____县(区) 出生地点行政区划代码□□□□□□ 医疗机构名称_____ 接生人员_____
母亲信息	母亲姓名_____ 病案号_____ 母亲出生日期_____ 母亲年龄_____ 母亲国籍_____ 母亲民族_____ 母亲户籍所在地_____省(区、市) 母亲户籍所在地省级行政区划代码□□ 母亲住址_____ 母亲身份证件类别_____ 母亲身份证件号码_____
父亲信息	父亲姓名_____ 父亲出生日期_____ 父亲年龄_____ 父亲国籍_____ 父亲民族_____ 父亲住址_____ 父亲身份证件类别_____ 父亲身份证件号码_____
领证人	姓名_____ 与新生儿关系_____ 身份证件类别_____ 身份证件号码_____
签发机构	机构名称_____ 行政区划代码 □□□□□□ 组织机构代码 □□□□□□□□-□ 机构类别代码 □□□□ 签发人员_____
签发信息	签发类型_____ 原《出生医学证明》编号 □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ 原证件正副页交回情况_____ 换发原因类别_____ 补发原因类别_____ 签发日期_____年_____月_____日

填报单位\_\_\_\_\_ 填报人\_\_\_\_\_ 联系电话\_\_\_\_\_ 填报日期\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

填报说明：1. 本表由《出生医学证明》签发机构填报。

2. 本单位签发的《出生医学证明》均需填报，换发、补发证件需重新填报。

3. 证件签发 10 日内通过省级出生医学证明管理信息系统网络报告。

## 附件 8

## 《出生医学证明》首次签发登记表

分娩信息					
产妇姓名			住院病历号		
新生儿性别			出生日期	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)	乡	医疗机构名称
是否途中急产	是 否				
以上内容由接生人员填写,请核对正确无误后签字确认。					
接生人员签字:		录入操作员:		填表日期: 年 月 日	
新生儿姓名及其父母相关信息					
是否提供父母信息: 是 否 (只提供 )					
新生儿姓名					
母亲信息	姓名			年龄	
	国籍			民族	
	住址				
	有效身份证件类别				
	有效身份证件号码				
父亲信息	姓名			年龄	
	国籍			民族	
	住址				
	有效身份证件类别				
	有效身份证件号码				
领证人	姓名			与新生儿关系	
	有效身份证件类别				
	有效身份证件号码				
以上内容由领证人填写,请核对正确无误后签字确认,并承担相应法律责任。《出生医学证明》一经签发,证件上的各项信息原则上不应变更。					
领证人签字:		填表日期:		年 月 日	

注:1. 在首次签发登记表背面粘贴《出生医学证明》存根、新生儿父亲、母亲有效身份证件复印件等材料。

2. 表中的分娩信息和新生儿姓名及其父母相关信息分别由接生人员和领证人填写,所有项目要字迹清楚。若出现涂改,相应内容须由接生人员或领证人签字确认。

# 首次签发要求

《出生医学证明》由正页、副页和存根三部分组成，所有项目要填写齐全、字迹清楚、内容准确。签发机构审验申请人提交的相关材料后，按照《出生医学证明首次签发登记表》内容签发，不得涂改，并做好签发登记。

## 一、新生儿信息。

1. 新生儿姓氏原则上随父姓或随母姓。有正当理由的，可以依据全国人大关于对民法通则第九十九条第一款、婚姻法第二十二条的立法解释，在父姓和母姓之外选取姓氏，应提交拟落户地户籍部门准许落户的证明材料。

2. 新生儿名字（除姓氏外）原则上应使用国务院最新公布的《通用规范汉字表》中的汉字填写，不得使用汉语拼音、字母、数字和其他符号，不得使用中英文夹杂的姓名。

3. 新生儿父母一方或双方为外籍的，“新生儿姓名”栏可填写中文或英文。

## 二、新生儿父母信息。

新生儿父母信息应按照有效证件信息填写。

1. 一方或双方为外籍人士的，其姓名可填写中文或英文，其他信息填写中文。

2. “年龄”栏填写新生儿出生时其父母的年龄，原则上以有效身份证件为准。

3. 新生儿父亲或母亲为香港、澳门特区和台湾地区居民的，在“国籍”栏分别填写“中国（香港）”、“中国（澳门）”和“中国（台湾）”。

4. 未提供民族信息的，“民族”栏可填写“/”。

5. “住址”栏填写其有效身份证件地址或现住址。

6. “有效身份证件号码”包括：①大陆境内的中国居民，为中华人民共和国居民身份证（“有效身份证件号码”栏填写公民身份证号码或户口簿号码）；②香港、澳门居民，为港澳居民往来内地通行证（填写通行证号码）或港澳居民居住证（填写通行证号码）；台湾居民，为台湾居民往来大陆通行证（填写通行证号码）或台湾居民居住证（填写通行证号码）③外籍公民，为护照（填写护照号码）。

7. 对于新生儿父母与所提供身份证件真实性、一致性存疑的，当地县级卫生健康行政部门向同级公安机关申请核查先关信息，当地公安机关负责核查并在5个工作日内反馈结果。经核查，证件不真实或人证不一致的，公安机关应记录并逐级上报，签发机构不予签发出生医学证明。

未提供新生儿父亲或母亲信息的，签发机构可仅填写新生儿母亲或父亲的信息和新生儿姓名、性别、出生时间、出生地点以及签发人员、签发机构、签发日期等信息，其余相应栏目处填写“/”。

8. 现役军人因特殊职业确实不能提供身份证件的，由所在部队团以上干部部门出具证明，并注明其身份证号码。

### 三、签发机构信息。

1. “签发人员签字”和“领证人员签字”栏分别由签发人员和领证人员签字。

2. “签发日期”栏按实际签发日期填写。

3. 在《出生医学证明》正页、副页和存根“签发机构（盖专用章）”处加盖出生医学证明专用章，盖印要使用红色印泥，清晰端正，不得涂抹，不得盖其他印章或骑缝章。签发机构加盖印章前应当认真核实《出生医学证明》上的信息，严禁在空白《出生医学证明》上盖章。

附件 9

## 办理《出生医学证明》授权委托书

(样表)

委托人姓名 (新生儿母亲):

身份证件类别:

有效身份证件号码:

联系电话:

受委托人姓名:

身份证件类别:

有效身份证件号码:

与新生儿关系:

联系电话:

委托人\_\_\_\_\_于\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日在\_\_\_\_\_ (新生儿出生地点)分娩,特授权委托\_\_\_\_\_ (受委托人姓名)办理\_\_\_\_\_ (新生儿姓名)的《出生医学证明》。

凡由受委托人在上述委托权利内,代理委托人行为所造成的法律结果,委托人均予以承认。

委托期限从\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日起至\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日止。

委托人签字 (按手印):

受委托人签字 (按手印):

年 月 日

年 月 日

## 附件 10

# 亲子关系声明

(样表)

\_\_\_\_\_ (新生儿姓名), 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: \_\_\_\_\_

新生儿出生时间: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 时

新生儿出生地: \_\_\_\_\_ 省 \_\_\_\_\_ 市 \_\_\_\_\_ 县(区) \_\_\_\_\_ 乡 \_\_\_\_\_ 村

因\_\_\_\_\_ 原因, 未在医院出生。

由\_\_\_\_\_ (接生人员姓名) 接生, 与新生儿关系\_\_\_\_\_。

出生时新生儿状况 1、良好 2、一般 3、差

**就以上事实特此声明。若不属实, 声明人愿负法律责任。**

母亲签名 (指印): \_\_\_\_\_ 身份证号: \_\_\_\_\_ 日期: \_\_\_\_\_

父亲签名 (指印): \_\_\_\_\_ 身份证号: \_\_\_\_\_ 日期: \_\_\_\_\_

(或监护人签章): \_\_\_\_\_ 身份证号: \_\_\_\_\_ 日期: \_\_\_\_\_

证明人签名 (指印): \_\_\_\_\_ 证明人与新生儿关系: \_\_\_\_\_

身份证号: \_\_\_\_\_ 日期: \_\_\_\_\_

接生人签名 (指印): \_\_\_\_\_ 身份证号: \_\_\_\_\_ 日期: \_\_\_\_\_

附件 11

## 情况证明

(样表)

本人证明孕妇\_\_\_\_\_于\_\_\_\_年\_\_月\_\_日\_\_时\_\_分,在\_\_\_\_省  
\_\_\_\_市\_\_\_\_县(区)\_\_\_\_乡镇\_\_\_\_村,分娩\_\_\_\_名\_\_\_\_性活婴。

新生儿出生时健康状况: 良好 一般 差

体重\_\_\_\_克, 身长\_\_\_\_公分。

新生儿母亲住址: \_\_\_\_省\_\_\_\_市\_\_\_\_县(区)\_\_\_\_乡镇\_\_\_\_村。

以上情况属实, 特此证明, 并自愿承担一切法律责任和后果。

证明人(指印): \_\_\_\_\_ 年 月 日

居民身份证号码:

联系电话(手机):

新生儿母亲的居民身份证号码:

## 附件 12

## 医疗保健机构外出生的《出生医学证明》 首次签发登记表

分娩信息、新生儿姓名及其父母相关信息						
新生儿姓名		性别		出生日期	年 月 日 时 分	
出生地	市 县(区) 乡			出生孕周	周	
健康状况	良好 一般 差	出生体重	克(g)	出生身长	公分(cm)	
母亲信息	姓名		年龄			
	国籍		民族			
	身份证件类别					
	有效身份证件号码					
父亲信息	姓名		年龄			
	国籍		民族			
	身份证件类别					
	有效身份证件号码					
户籍所在地						
现居住地						
领证人	姓名		与新生儿关系			
	身份证件类别					
	有效身份证件号码					
领证需提供材料						
<input type="checkbox"/> 亲子关系声明。 <input type="checkbox"/> 具有资质的鉴定机构出具的亲子鉴定证明原件和复印件。 <input type="checkbox"/> 如有接生人员，需提供接生人员接生情况证明。						
<p>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。《出生医学证明》一经签发，证件上的各项信息原则上不应变更。</p>						
领证人签字：			填表日期： 年 月 日			

注：1、在首次登记表背面粘贴《出生医学证明》存根及相关材料。

2、表中新生儿及其父母相关信息由领证人填写，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 13

## 办理《出生医学证明》书面声明

(样表)

本人姓名\_\_\_\_\_居民身份证号码: \_\_\_\_\_

户籍地址\_\_\_\_\_省\_\_\_\_\_市\_\_\_\_\_县(区)

\_\_\_\_\_乡镇(办)\_\_\_\_\_村(居)。

新生儿母亲\_\_\_\_\_于\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日在\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_医院或\_\_\_\_\_分娩\_\_\_\_\_男(女)婴，

取名\_\_\_\_\_。

因\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (必填项)等原因，

无法提供新生儿父亲\_\_\_\_\_ (母亲\_\_\_\_\_ )相关信息，本人自愿

申请放弃父亲(母亲)相关信息的填写，按单亲为新生儿\_\_\_\_\_办

理唯一的出生医学证明。

本人已获知，《出生医学证明》一经签发，证件上的各项信息不能更改、提供信息材料不真实需要承担的法律风险。本人保证所提供的信息及相关材料是真实的，是本人真实意思表示。若今后出现由此带来的一切法律风险和法律纠纷，均由我本人承担，与签发单位无关。

特此声明。

声明人签字(手印):

\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

注: 1. 本声明书限于单亲办理《出生医学证明》使用。

2. 新生儿父亲或母亲居民身份证复印件粘贴在背面。



附件 14

## 身份信息核查函

\_\_\_\_\_派出所:

\_\_\_\_\_ (身份证号码: \_\_\_\_\_) 在办理《出生医学证明》核查身份信息时, 遇到二代身份证识别不能通过验证或\_\_\_\_\_的问题, 请予以协助核查。

谢谢!

单位: (公章)

年 月 日

---

## 公安机关核查回执

### 一、提交核查的公民身份信息

姓名: \_\_\_\_\_; 公民身份号码: \_\_\_\_\_。

### 二、核实结果

姓名: \_\_\_\_\_; 公民身份号码: \_\_\_\_\_。

证件照片是否一致: \_\_\_\_\_;

户籍管理机关: \_\_\_\_\_。

备注: \_\_\_\_\_。

(户籍专用章)

年 月 日

附件 15

## 《出生医学证明》换发登记表

原证编号		新生儿姓名	
签发人员		签发机构	
<b>换发原因及提供材料</b>			
换发原因	无效证件换发	<input type="checkbox"/> 私拆副页 <input type="checkbox"/> 乱涂乱改 <input type="checkbox"/> 打印错误 <input type="checkbox"/> 字迹不清 <input type="checkbox"/> 项目不全 <input type="checkbox"/> 严重损坏 <input type="checkbox"/> 未加盖印章 <input type="checkbox"/> 其他原因导致无效（说明：_____）。	
	更改信息换发	<input type="checkbox"/> 提供法定鉴定机构出具的亲子鉴定证明，要求变更父亲或母亲信息的； <input type="checkbox"/> 经户口登记机关证实新生儿姓名不能进行出生登记的。	
提供和提交的材料		<input type="checkbox"/> 新生儿父母的书面申请。 <input type="checkbox"/> 新生儿父母身份证原件和复印件。 <input type="checkbox"/> 领证人的身份证件原件和复印件。 <input type="checkbox"/> 如需要变更父母信息还需要提供亲子鉴定证明。	
原证正、副页交回情况		正页      正页和副页	

换发的新证信息				
新生儿姓名			性别	
出生时间				
出生孕周			出生体重	出生身长
出生地点				医疗机构名称
母亲信息	姓名		年龄	
	国籍		民族	
	住址			
	身份证件类别			
	有效身份证件号码			
父亲信息	姓名		年龄	
	国籍		民族	
	住址			
	身份证件类别			
	有效身份证件号码			
领证人	姓名		与新生儿关系	
	身份证件类别			
	有效身份证件号码			
以上内容由领证人填写，请核对正确无误后签字确认，并承担相关法律责任。				
领证人签字：		日期：		
换发人员签字：		分管负责人签字：		

注：1. 在换发登记表背面粘贴换发后的《出生医学证明》存根、原证的正页或正、副页及相关材料。  
2. 表中所有项目要字迹清楚，相应内容须由领证人签字确认。



## 附件 16

## 《出生医学证明》补发登记表

原证编号		新生儿姓名	
签发人员		签发机构	
<b>补发原因及提供材料</b>			
补发原因	<input type="checkbox"/> 遗失 <input type="checkbox"/> 被盗 <input type="checkbox"/> 其他 (说明: _____)		
领证人需提供和提交的材料	<input type="checkbox"/> 新生儿父母书面申请 <input type="checkbox"/> 身份证件原件及复印件 <input type="checkbox"/> 委托领证人身份证件原件、复印件及授权委托书 <input type="checkbox"/> 原出生医学证明存根或副页复印件		
办理户口登记情况		已办理户口登记	未办理户口登记
<b>补发的新证信息</b>			
新生儿姓名		性别	
出生时间			
出生孕周		出生体重	出生身长
出生地点		医疗机构名称	
母亲信息	姓名	年龄	
	国籍	民族	
	住址		
	身份证件类别		
	有效身份证件号码		
父亲信息	姓名	年龄	
	国籍	民族	
	住址		
	身份证件类别		
	有效身份证件号码		
领证人	姓名	与新生儿关系	
	身份证件类别		
	有效身份证件号码		
以上内容由领证人填写, 请核对正确无误后签字确认, 并承担相关法律责任。			
领证人:		日期:	
补发人员签字		分管负责人签字	

注: 1、在补发登记表背面粘贴补发后的《出生医学证明》存根及相关材料。

2、表中所有项目要字迹清楚。相应内容须由领证人签字确认。



附件 17

## 户籍核查函

\_\_\_\_\_派出所:

\_\_\_\_\_ (原出生医学证明编号: \_\_\_\_\_) 在办理《出生医学证明》补发时, 需要核查该新生儿是否已经落户, 请予以协助核查。

新生儿父亲(母亲): \_\_\_\_\_ (有效身份证件号码: \_\_\_\_\_)

谢谢!

单位: (公章)

年 月 日



附件 19

## 《出生医学证明》真伪鉴定书

(鉴定机构使用)

新生儿姓名		证件编号	
签发机构名称			
申请鉴定的户口登记机关		申请日期	
经办人签字		负责人签字	
真伪鉴定结果			
载体鉴定结果:			
信息核实结果:			
结论:            真 <input type="checkbox"/> 假 <input type="checkbox"/>			
鉴定机构 (盖章)			
年    月    日			

注: 载体鉴定结果和信息核实结果一项为假, 结论为假

## 《出生医学证明》终身责任制承诺书

《出生医学证明》是依据《中华人民共和国母婴保健法》出具、证明新生儿出生状况和血亲关系、具有法律效力的医学证明文书，对保护新生儿合法权益具有重要意义。本人承诺在《出生医学证明》管理和签发过程中依法履行相应职责，并终身承担相应责任。

1. 自觉遵守法律法规，严格执行《出生医学证明》相关管理规定。

2. 秉持守法、敬业、诚信的职业精神，尽职尽责完成《出生医学证明》各项管理和签发工作。

3. 拒绝和抵制利用职务之便盗取、转卖、签发虚假内容的《出生医学证明》等违法违纪行为，依法承担相应行政和法律责任。

4. 对工作中知悉的个人信息应予保密。

本承诺书一式三份，一份由承诺人本人留存，一份由承诺人所在机构备案，一份由承诺人所在机构的卫生健康行政部门存档。

承 诺 人：

机构盖章：

日 期：

## 关于《出生医学证明》监管相关法律法规

### 一、《中华人民共和国母婴保健法》

**第三十五条：**未取得国家颁发的有关合格证书的，有下列行为之一，县级以上地方人民政府卫生行政部门应当予以制止，并可以根据情节给予警告或者处以罚款：

（一）从事婚前医学检查、遗传病诊断、产前诊断或者医学技术鉴定的；

（二）施行终止妊娠手术的；

（三）出具本法规定的有关医学证明的。

上款第（三）项出具的有关医学证明无效。

### 二、《中华人民共和国母婴保健法实施办法》

**第四十条：**医疗、保健机构或者人员未取得母婴保健技术许可，擅自从事婚前医学检查、遗传病诊断、产前诊断、终止妊娠手术和医学技术鉴定或者出具有关医学证明的，由卫生行政部门给予警告，责令停止违法行为，没收违法所得；违法所得 5000 元以上的，并处违法所得 3 倍以上 5 倍以下的罚款；没有违法所得或者违法所得不足 5000 元的，并处 5000 元以上 2 万元以下的罚款。

**第四十一条：**从事母婴保健技术服务的人员出具虚假医学证明文件的，依法给予行政处分；有下列情形之一的，由原发证部门撤销相应的母婴保健技术执业资格或者医师执

业证书：

- （一）因延误诊治，造成严重后果的；
- （二）给当事人身心健康造成严重后果的；
- （三）造成其他严重后果的。

### 三、《医疗机构管理条例》

**第三十二条：** 未经医师（士）亲自诊查病人，医疗机构不得出具疾病诊断书、健康证明书或者死亡证明书等证明文件；未经医师（士）、助产人员亲自接产，医疗机构不得出具出生证明书或者死产报告书。

### 四、《医疗机构管理条例实施细则》

**第八十二条：** 出具虚假证明文件，情节轻微的，给予警告，并可处以五百元以下的罚款；有下列情形之一的，处以五百元以上一千元以下的罚款：

- （一）出具虚假证明文件造成延误诊治的；
- （二）出具虚假证明文件给患者精神造成伤害的；
- （三）造成其他危害后果的。

对直接责任人员由所在单位或者上级机关给予行政处分。

### 五、《中华人民共和国执业医师法》

**第三十七条：** 医师在执业活动中，违反本法规定，有下列行为之一的，由县级以上人民政府卫生行政部门给予警告或者责令暂停六个月以上一年以下执业活动；情节严重的，吊销其执业证书；构成犯罪的，依法追究刑事责任：

… …

(四) 未经亲自诊查、调查, 签署诊断、治疗、流行病学等证明文件或者有关出生、死亡等证明文件的;

(五) 隐匿、伪造或者擅自销毁医学文书及有关资料的;

.....

(九) 泄露患者隐私, 造成严重后果的;

(十) 利用职务之便, 索取、非法收受患者财物或者牟取其他不正当利益的;

.....。

## 六、《中华人民共和国刑法》

**第二百五十三条之一:** 国家机关或者金融、电信、交通、教育、医疗等单位的工作人员, 违反国家规定, 将本单位在履行职责或者提供服务过程中获得的公民个人信息, 出售或者非法提供给他人, 情节严重的, 处三年以下有期徒刑或者拘役, 并处或者单处罚金。

窃取或者以其他方法非法获取上述信息, 情节严重的, 依照前款的规定处罚。

单位犯前两款罪的, 对单位判处罚金, 并对其直接负责的主管人员和其他直接责任人员, 依照各该款的规定处罚。