

## 《出生医学证明》补发申请

母亲姓名：                      身份证号：

父亲姓名：                      身份证号：

本人于\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日\_\_\_\_时\_\_\_\_分在安贞医院分娩  
一\_\_\_\_\_（填男/女）婴，《出生医学证明》已办理，\_\_\_\_\_完成户  
籍登记，因\_\_\_\_\_（原因）申请补发出生证明。

申请人： 母亲

父亲

年    月    日