**补发出生医学证明申请书**

孩子： ，性别： ：于 年 月 日，出生于北京市海淀区妇幼保健院，已/未上户口。

孩子的母亲： ，身份证号：

孩子的父亲： ，身份证号：

需要特殊说明的事项：（如没有特殊事项，写“无”）

本人保证以上信息和提交的材料真实有效，如有纠纷，后果自负并承担相应法律责任。

因孩子 的出生证丢失，特申请补发。

父亲（亲笔签名）：

母亲（亲笔签名）：

联系电话：

年 月 日