《出生医学证明》遗失声明

新生儿姓名： 性别： 出生日期： 年 月 日

出生地点： 省 市 区 接生机构：

原《出生医学证明》编号 签发机构：

新生儿母亲姓名： 公民身份号码：

新生儿父亲姓名： 公民身份号码：

因 原因导致原《出生医学证明》（编号 ）遗失， 特申请补发。

以上所述均属实，相关责任和法律后果新生儿父母双方已经知悉，如有任何不实，愿承担一切责任和法律后果！

母亲签字（摁指印）：

 年 月 日

父亲签字（摁指印）：

 年 月 日