

勞保被保險人發生職業傷害目擊者證明書

事 故 者 姓 名		發生保險 事故時間	年 月 日 時 分
發 生 事 故 詳 細 地 址 及 位 置			
事 故 發 生 之 原 因 及 經 過			

※ 上述各項係證人依所見事實填具，如有虛假不實，證人願負民事、刑事責任。

此致 勞工保險局：

事故現場目擊證人（一）：

(1)姓名:	蓋章:
(2)身份證號:	<div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 60px; margin: 0 auto;"></div>
(3)地址:	
(4)電話:	
(5)證明人與事故者關係:	
<input type="checkbox"/> 僱主 <input type="checkbox"/> 同事 <input type="checkbox"/> 家屬(稱謂:) <input type="checkbox"/> 其他:	

事故現場目擊證人（二）：

(1)姓名:	蓋章:
(2)身份證號:	<div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 60px; margin: 0 auto;"></div>
(3)地址:	
(4)電話:	
(5)證明人與事故者關係:	
<input type="checkbox"/> 僱主 <input type="checkbox"/> 同事 <input type="checkbox"/> 家屬(稱謂:) <input type="checkbox"/> 其他:	

事故現場目擊證人（三）：

(1)姓名:	蓋章:
(2)身份證號:	<div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 60px; margin: 0 auto;"></div>
(3)地址:	
(4)電話:	
(5)證明人與事故者關係:	
<input type="checkbox"/> 僱主 <input type="checkbox"/> 同事 <input type="checkbox"/> 家屬(稱謂:) <input type="checkbox"/> 其他:	

中 華 民 國 年 月 日

※ 本證明書係為請領勞工保險職業災害給付用，如有登載不實，須負偽造文書責任。