

# 上下班 勞工保險被保險人 公 出 途 中 發 生 事 故 而 致 傷 害 陳 述 書

		受理號碼	
(一)被保險人姓名		(二)發生事故當日被保險人應工作起迄時間	自 時 分起 至 時 分止
(三)被保險人所用交通工具	<input type="checkbox"/> 大型重型機車 <input type="checkbox"/> 普通重型機車 <input type="checkbox"/> 輕型機車 <input type="checkbox"/> 自小客車 <input type="checkbox"/> 腳踏車 <input type="checkbox"/> 其他 ( ) (勾其他者，請填明交通工具別)		
(四)被保險人上、下班或公出單趟路程所需交通時間	需 小時 分鐘	(五)發生保險事故時間	年 月 日 時 分
(六)發生保險事故時，有無右列情事，請確實於各 <input type="checkbox"/> 內勾劃陳述，切勿空白 (領有駕駛車種之執照駕車者，請附駕駛人駕照正、背面影本)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	領有駕駛車種之執照駕車	<b>駕駛人駕照正、背面影本浮貼處</b>
	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	受吊扣期間或吊銷駕駛執照處分駕車	
	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	經有燈光號誌管制之交岔路口違規闖紅燈	
	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	闖越鐵路平交道	
	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	酒精濃度超過規定標準駕車	
	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	吸食毒品、迷幻藥或管制藥品駕駛車輛	
	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	違規行駛高速公路路肩	
	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	不按遵行之方向行駛	
	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	在道路上競駛、競技、蛇行或以其他危險方式駕駛車輛	
	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	不依規定駛入來車道	
(七)是否日常上、下班或公出時間應經途中發生事故	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	日常上下班 公 出 時間應經途中發生事故	
(八)有無因處理私事而中斷或脫離應經之途徑	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	處理私事原因經過詳情，請說明： (如不敷填寫可另紙書寫說明並簽章)	
(九)有無經警察等有關機關處理	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	請填明機關全銜(如有相關證明請一併檢附)：	
<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	見證人	姓名：	關係： 地址： 電話：
(十)屬上、下班途中發生事故者，請於本陳述書背面繪明包括日常居住處所、就業場所、上下班應經途徑、事故地點之簡圖。			
以上各項均由本人依照事實填具，如有不實，願歸還溢領之勞保給付，並負行政罰、民事及刑事責任，特此具結。			
此致 勞動部勞工保險局		被保險人(或受益人)簽章： <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/>	
中華民國 年 月 日		(本人正楷親簽)	
投保單位印章： <input style="width: 100px; height: 40px;" type="text"/>		負責人印章： <input style="width: 50px; height: 40px;" type="text"/> 經辦人印章： <input style="width: 50px; height: 40px;" type="text"/>	

※勞工保險條例第 70 條規定：「以詐欺或其他不正當行為領取保險給付或為虛偽之證明、報告、陳述及申報診療費用者，除按其領取之保險給付或診療費用處以 2 倍罰鍰外，並應依民法請求損害賠償；其涉及刑責者，移送司法機關辦理。特約醫療院、所因此領取之診療費用，得在其已報應領費用內扣除。」

簡圖（發生事故當日之上、下班路徑，請務必繪明包括**1.日常居住處所**、**2.就業場所**、**3.上下班應經途徑**、**4.事故地點**。）

1.日常居住處所地址：\_\_\_\_\_

2.就業場所地址：\_\_\_\_\_

3.事故地點（若不清楚，可只寫大概位置）：\_\_\_\_\_

（如不敷填寫可另紙書寫說明並簽章）