

勞保被保險人發生職業傷害目擊證明書

| | | |
|------------------------|-----------------|-----------|
| (一)事故者 姓名 | (二)發生保險 事故時間 | 年 月 日 時 分 |
| (三)發生事故 詳細地址 及位置 | | |
| (四)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) 身分證字號：
(3) 地址：
(4) 電話：
(5) 證明人與事故者關係：
 雇主 同事 家屬（稱謂：_____） 其他：_____

事故現場目擊證人（二）：(1) 姓名： 蓋章：
(2) 身分證字號：
(3) 地址：
(4) 電話：
(5) 證明人與事故者關係：
 雇主 同事 家屬（稱謂：_____） 其他：_____

事故現場目擊證人（三）：(1) 姓名： 蓋章：
(2) 身分證字號：
(3) 地址：
(4) 電話：
(5) 證明人與事故者關係：
 雇主 同事 家屬（稱謂：_____） 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。