

## 勞保被保險人發生職業傷害目擊者證明書

(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			

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。

