

# 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 労工保險局

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。

