

職業工會及漁會填發勞工保險職業傷病醫療書單調查表

被保險人 姓名		出生 日期	年 月 日	身分證 統一編號	
保險事故原因 (請據實填寫、並檢附相關證明)	被保險人 執行職務 而致傷病 發生地點 原因、及經過情形，請 詳細說明 (如為職業病者，請 檢附診斷證明書影 本)	<p>事故當時被保險人受僱於_____先生(自營作業者免填) 女士</p> <p>發生事故時間：</p> <p>發生事故地點：</p> <p>從事工作內容：</p> <p>發生原因及經過情形：</p>			
	<p>被保險人發生交通事故，如有「勞工保險被保險人因執行職務而致傷病審查準則」第18條所列舉之交通違規情事，請勾選：</p> <p>使用之交通工具：<input type="checkbox"/>普通重型機車<input type="checkbox"/>輕型機車<input type="checkbox"/>自小客<input type="checkbox"/>腳踏車<input type="checkbox"/>其他_____</p> <p><input type="checkbox"/> 1. 未有領有駕駛車種之執照駕車者。</p> <p><input type="checkbox"/> 2. 受吊扣期間或吊銷駕駛執照處分駕車者。</p> <p><input type="checkbox"/> 3. 經有燈光號誌管制之交岔路口違規闖紅燈者。</p> <p><input type="checkbox"/> 4. 闖越鐵路平交道者。</p> <p><input type="checkbox"/> 5. 酒精濃度超過規定標準、吸食毒品、迷幻藥或管制藥品駕駛車輛者。</p> <p><input type="checkbox"/> 6. 駕駛車輛違規行駛高速公路路肩者。</p> <p><input type="checkbox"/> 7. 駕駛車輛不按遵行之方向行駛或在道路上競駛、競技、蛇行或以其他危險方式駕駛車輛者。</p> <p><input type="checkbox"/> 8. 駕駛車輛不依規定駛入來車道者。</p> <p>(有勾選其中任何一項者，即不得視為職業傷害)</p> <p>綜上，該被保險人發生事故符合職業傷病，請勾選：</p> <p><input type="checkbox"/> 1. 從事本業工作，於作業中發生事故而致之傷害。</p> <p><input type="checkbox"/> 2. 上下班之適當時間應經途中發生事故而致之傷害，無上述列舉之交通違規情事。</p> <p><input type="checkbox"/> 3. 公差期間之職務活動及合理途徑發生事故而致之傷害，無上述列舉之交通違規情事。</p> <p><input type="checkbox"/> 4. 經所屬團體指派參加活動期間，因所屬團體指派之活動及合理途徑，發生事故而致之傷害，無上述列舉之交通違規情事。</p> <p><input type="checkbox"/> 5. 其他職業傷病事故：_____。</p>				
<p>上述事項經詢問當事人屬實。</p> <p>經辦人：_____ (簽章)</p> <p style="text-align: right;">中華民國 年 月 日</p>					