

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)					
	事故當時被保險人受僱於 _____先生 (自營作業者免填) 發生事故時間:					
	發生事故地點:					
	從事工作內容:					
	發生原因及經過情形:					
	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:					
	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 _____ <input type="checkbox"/> 1. 未有領有駕駛車種之執照駕車者。 <input type="checkbox"/> 2. 受吊扣期間或吊銷駕駛執照處分駕車者。 <input type="checkbox"/> 3. 經有燈光號誌管制之交岔路口違規闖紅燈者。 <input type="checkbox"/> 4. 闖越鐵路平交道者。 <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。 <input type="checkbox"/> 6. 駕駛車輛違規行駛高速公路路肩者。 <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。 <input type="checkbox"/> 8. 駕駛車輛不依規定駛入來車道者。 (有勾選其中任何一項者, 即不得視為職業傷害)					
	綜上, 該被保險人發生事故符合職業傷病, 請勾選:					
	<input type="checkbox"/> 1. 從事本業工作, 於作業中發生事故而致之傷害。 <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。 <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。 <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。 <input type="checkbox"/> 5. 其他職業傷病事故: _____。					
上述事項經詢問當事人屬實。						
經辦人: _____ (簽章)						
中華民國 年 月 日						