

## 勞保被保險人職業傷害證明（說明）書

事 故 者 姓 名		事 故 者 身 份 證 字 號	
事故發生時間	年      月      日      時      分		
事故發生地點			
事故發生當日 所從事之工作			
事 故 發 生 原 因 經 過			
僱 主 證 明	(一) 姓名： <span style="float: right;">(簽名蓋章)</span> (二) 身份證字號： (三) 地址： (四) 電話：		
目 擊 證 人 證 明	(一) 姓名： <span style="float: right;">(簽名蓋章)</span> (二) 身份證字號： (三) 地址： (四) 電話：		
自 營 作 業 或 其 他 原 因 說 明	(一) 姓名： <span style="float: right;">(簽名蓋章)</span> (二) 身份證字號： (三) 地址： (四) 電話：		

中華民國                      年                      月                      日

※本證明書（說明書）所填皆為事實，如有不實，須負偽造文書責任。