

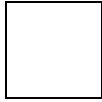
勞保被保險人發生職業傷害目擊者證明書

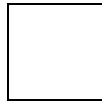
(一) 事故者 姓名		(二) 發生保險 事故時間	年 月 日 時 分
(三) 發生事故 詳細地址 及位置	市/縣 市/區/鄉/鎮		
(四) 事故發生 之原因及 經過	當天從事_____工。 經過：		

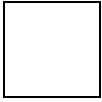
各項係證人依所見事實填具，如有虛假不實，證人願負民事、刑事責任。

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：_____市/縣 _____市/區/鄉/鎮
（4）電話：_____
（5）證明人與事故者關係：
☒ 雇主/業主 ☐ 同事 ☐ 家屬（稱謂：_____）☐ 其他：_____

事故現場目擊證人（一）：（1）姓名：_____ 蓋章：
（2）身分證字號：_____
（3）地址：_____市/縣 _____市/區/鄉/鎮
（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（一）：（1）姓名：_____ 蓋章：
（2）身分證字號：_____
（3）地址：_____市/縣 _____市/區/鄉/鎮
（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。