

# 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

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：  
(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：  
(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：  
(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。