

## 勞保被保險人發生職業傷害證明書

被保險人	林大明	工作內容	裝潢木工
臨時受僱預定工作期間	自 110 年 1 月 1 日起至 110 年 2 月 15 日止		
當日工作起訖時間	自 08 時 00 分起 至 17 時 00 分止	每日計酬工資	2,000 元 因屬無固定雇主，並無點工打卡記錄
發生事故時間	110 年 1 月 20 日 15 時 00 分		
工地地址	台北市萬華區中華路一段 192 號		
受傷地點	台北市萬華區中華路一段 192 號		
受傷原因/經過	使用電鋸鋸木板不慎鋸傷。		
◆ 如為公出說明過程及地點			
受傷當日是否就醫	<input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否	未就醫原因	當天覺得不嚴重，直到 110.1.21 感覺大腿不適才到醫院就診
<p>※以上所述屬實，如有說明不實，相關人員願負一切法律責任。</p> <p>此致 勞動部勞工保險局</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div style="width: 60%;"> <p>雇主(或屋主)：王 小 同</p> <p>身份證字號：F123456789</p> <p>地 址：台北市羅斯福路 1 段 10 號 3 樓</p> <p>電 話：0932-123456</p> <p>目擊者：李 建 一</p> <p>身份證字號：A100123987</p> <p>地 址：新北市中和區景平路 300 號 5 樓</p> <p>電 話：0910-246800</p> <p>目擊者與被保險人關係：<input type="checkbox"/>雇主 <input type="checkbox"/>屋主 <input checked="" type="checkbox"/>同事 <input type="checkbox"/>家屬 <input type="checkbox"/>其他_____</p> </div> <div style="width: 35%; text-align: center;"> <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; margin-bottom: 20px;">             王小同 私章           </div> <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px;">             李建一 私章           </div> </div> </div> <p style="text-align: center; margin-top: 20px;">中 華 民 國 1 1 0 年 2 月 5 日</p>			