

## 勞保被保險人發生職業傷害證明書

被保險人		工作內容	裝潢木工
臨時受僱預定工作期間	自 年 月 日起至 年 月 日止		
當日工作起訖時間	自 時 分起 至 時 分止	每日計酬工資	_____元 因屬無固定雇主，並無點工打卡記錄
發生事故時間	年 月 日 時 分		
工地地址			
受傷地點			
受傷原因/經過			
◆ 如為公出 說明過程及地點			
受傷當日是否就醫	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	未就醫原因	

※以上所述屬實，如有說明不實，相關人員願負一切法律責任。

此致 勞動部勞工保險局

雇主(或屋主)：

身份證字號：

地 址：

電 話：

私章

目擊者：

身份證字號：

地 址：

電 話：

私章

目擊者與被保險人關係：雇主 屋主 同事 家屬 其他\_\_\_\_\_

中 華 民 國 年 月 日