

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）身分證號：
（3）地址：
（4）電話：
（5）證明人與事故者關係：
☐業主 ☐雇主 ☐同事 ☐其他：_____

事故現場目擊證人（二）：（1）姓名：蓋章：
（2）身分證號：
（3）地址：
（4）電話：
（5）證明人與事故者關係：
☐業主 ☐雇主 ☐同事 ☐其他：_____

事故現場目擊證人（三）：（1）姓名：蓋章：
（2）身分證號：
（3）地址：
（4）電話：
（5）證明人與事故者關係：
☐業主 ☐雇主 ☐同事 ☐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。