勞保被保險人發生職業傷害目擊者證明書

事故者姓名		發生保險事故時間	年　月　日　時　分
發生事故詳細地址及位置			
事故發生之原因及經過			

※上述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)身份證號:

(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（二）：　(1)姓名:　　蓋章:

(2)身份證號:

(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（三）：　(1)姓名:　　蓋章:

(2)身份證號:

(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。