

勞保被保險人發生職業傷害雇主證明書

事 故 者 姓 名	
工 作 時 間	年 月 ~ 年 月
工 作 內 容	
工 作 地 點	
發 生 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	

(1)雇主姓名:	蓋章:	
(2)身份證字號:		
(3)地址:		
(4)電話:		
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。		
※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。		