

勞工保險被保險人上下班途中發生事故而致傷害證明書

		受理號碼	
(一)被保險人姓名		(二)發生事故當日被保險人應工作起迄時間	自 時 分起 至 時 分止
(三)被保險人所用交通工具	<input type="checkbox"/> 普通重型機車 <input type="checkbox"/> 輕型機車 <input type="checkbox"/> 自小客車 <input type="checkbox"/> 腳踏車 <input type="checkbox"/> 其他() (勾其他者，請填明交通工具別)		
(四)被保險人上、下班或公出單趟路程所需時間	需 小時 分鐘	(五)發生保險事故時間	年 月 日 時 分
(六)發生保險事故時，有無右列情事，請確實於各 <input type="checkbox"/> 內勾劃證明，切勿空白 (領有駕駛車種之執照駕車者，請附駕駛人駕照正、背面影本)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	領有駕駛車種之執照駕車	駕駛人駕照正、背面影本浮貼處
	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	受吊扣期間或吊銷駕駛執照處分駕車	
	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	經有燈光號誌管制之交岔路口違規闖紅燈	
	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	闖越鐵路平交道	
	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	酒精濃度超過規定標準駕車	
	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	吸食毒品、迷幻藥或管制藥品駕駛車輛	
	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	違規行駛高速公路路肩	
	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	不按遵行之方向行駛	
	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	在道路上競駛、競技、蛇行或以其他危險方式駕駛車輛	
	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	不依規定駛入來車道	
(七)是否日常上、下班或公出時間應經途中發生事故	<input type="checkbox"/> 是 日常上下班 公出 時間應經途中發生事故 <input type="checkbox"/> 非 日常上下班 公出 時間應經途中發生事故		
(八)有無因處理私事而中斷或脫離應經之途徑	<input type="checkbox"/> 有處理私事而中斷或脫離應經之途徑(請於背面說明) <input type="checkbox"/> 無處理私事而中斷或脫離應經之途徑		
(九)有無經警察等有關機關處理	<input type="checkbox"/> 有，請填明機關全銜(如有相關證明請一併檢附)： <input type="checkbox"/> 無		
(十)屬上下班途中發生事故者，請於本證明書背面繪明包括日常居住處所、就業場所、上下班應經途徑及事故地點之簡圖。			
<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	見證人 姓名：	關係：	地址： 電話：
以上各項均由本人依照事實填具，如有不實，願負民事、刑事責任，並歸還溢領之勞保給付，特此具結。 此致 勞動部勞工保險局			
中華民國 年 月 日		被保險人(或受益人)簽章： _____ (本人正楷親簽)	
投保單位印章：		負責人印章：	經辦人印章：