

勞工職業災害保險被保險人 ^{上下班} 途中發生事故而致傷害陳述書

※各欄位請填寫完整，切勿空白
 ※本表亦適用於未加保職災勞工



(填寫範例)

受理號碼			
(一)被保險人姓名	林小玲	(二)發生事故當日被保險人應工作起迄時間	自 8 時 30 分起 至 17 時 30 分止
(三)被保險人所用交通工具	<input type="checkbox"/> 大型重型機車 <input checked="" 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 (<input checked="" type="checkbox"/> 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交通時間	需 小時 30 分鐘	(五)發生保險事故時間	113 年 1 月 5 日 8 時 10 分
(六)發生保險事故時，有無右列情事，請確實於各 <input type="checkbox"/> 內勾劃陳述，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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 無	受吊扣期間、吊銷或註銷駕駛執照處分駕車	
	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	行經有燈光號誌管制之交岔路口違規闖紅燈	
	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	闖越鐵路平交道	
	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	酒精濃度超過規定標準駕駛車輛	
	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	吸食毒品、迷幻藥、麻醉藥品及其他相關類似之管制藥品駕駛車輛	
	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	未依規定使用高速公路、快速公路或設站管制道路之路肩	
	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 無	駕駛車輛不按遵行之方向行駛	
	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	駕駛車輛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(註)	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 日常上下班 <input type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 無	處理私事原因經過詳情，請說明： (如不敷填寫訂另紙書為說明並簽章)	
(九)有無經警察等有關機關處理	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	請填明機關全銜(如有相關證明請一併檢附)：	
<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	見證人	姓名：	關係：
		地址：	電話：
(十)屬上、下班途中發生事故者，請於本陳述書背面繪明包括日常居住處所、勞動場所、上下班應經途徑、事故地點之簡圖。			
以上各項均由本人依照事實填具，如有不實，願歸還溢領之保險給付、津貼、補助，並負行政罰、民事及刑事責任，特此具結。			
此致 勞動部勞工保險局		被保險人(或受益人)簽章： 林小玲	
中華民國 113 年 1 月 15 日		(本人正楷親簽)	
投保單位印章：		負責人印章：	
		經辦人印章：	

註：如於職業訓練機構(單位)加保，於接受訓練時間，從日常居住處所往返職業訓練機構(單位)應經途中發生事故者，請勾選「日常上下班」。
 ※勞工職業災害保險及保護法第 92 條規定：以詐欺或其他不正當行為領取保險給付、津貼、補助，或為虛偽之證明、報告、陳述者，除按其領取之保險給付、津貼、補助處以 2 倍罰鍰外，並得依民法請求損害賠償；其涉及刑責者，移送司法機關辦理。

1.請填寫下列各處地址 (如不敷填寫可另紙書寫說明並簽章)

(1)日常居住處所地址： 新北市寶慶街32巷5弄10號5樓

(2)勞動場所地址： 艾堡股份有限公司

(3)事故地點 (若不清楚，可只寫大概位置)： 寶慶街、順安街口

2.請繪明路線圖(亦可列印電子地圖)並標記：(1)日常居住處所。(2)勞動場所。(3)事故地點。
(4)上下班應經途徑

