勞工保險被保險人上下班公出途中發生事故而致傷害陳述書

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	□大型重型機車□普通重型機車□輕型機車□自小客車□腳踏車 □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交通時間	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□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）		
□有 □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**
□有 □無	受吊扣期間或吊銷駕駛執照處分駕車	
□有 □無	經有燈光號誌管制之交岔路口違規闖紅燈	
□有 □無	闖越鐵路平交道	
□有 □無	酒精濃度超過規定標準駕車	
□有 □無	吸食毒品、迷幻藥或管制藥品駕駛車輛	
□有 □無	違規行駛高速公路路肩	
□有 □無	不按遵行之方向行駛	
□有 □無	在道路上競駛、競技、蛇行或以其他危險方式駕駛車輛	
□有 □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	□是 □否	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	□有 □無	處理私事原因經過詳情，請說明： （如不敷填寫可另紙書寫說明並簽章）
(九)有無經警察等有關機關處理	□有 □無	請填明機關全銜（如有相關證明請一併檢附）：

□有 □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、就業場所、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，願歸還溢領之勞保給付，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：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　　

中華民國　　年　　月　　日　　（本人正楷親簽）

投保單位印章 ：　　負責人印章 ：　　經辦人印章：

※勞工保險條例第 70 條規定：「以詐欺或其他不正當行為領取保險給付或為虛偽之證明、報告、陳述及申報診療費用者，除按其領取之保險給付或診療費用處以 2 倍罰鍰外，並應依民法請求損害賠償；其涉及刑責者，移送司法機關辦理。特約醫療院、所因此領取之診療費用，得在其已報應領費用內扣除。」

簡圖（發生事故當日之上、下班路徑，請務必繪明包括**1.日常居住處所。2.就業場所。3.上下班應經途徑。4.事故地點。**）

1.日常居住處所地址：_____

2.就業場所地址：_____

3.事故地點（若不清楚，可只寫大概位置）：_____

（如不敷填寫可另紙書寫說明並簽章）