

職業工會及漁會填發職業傷病醫療書單調查表

被保險人 姓名		出生 日期	年 月 日	身分證號 (居留證或 護照號碼)	
保險事故原因 (請據實填寫、 並檢附相關證明)	被保險人 執行職務 而致傷病 發生地點 原因、及經 過情形，請 詳細說明 (如為職 業病者，請 檢附診斷 證明書影 本)	事故當時被保險人受僱於_____先生 _____女士 (自營作業者免填)  發生事故時間：  發生事故地點：  從事工作內容：  發生原因及經過情形：  與工作之關係：   被保險人發生交通事故，如有「勞工職業災害保險職業傷病審查準則」第17條所列舉之交通違規情事，請勾選： 使用之交通工具： <input type="checkbox"/> 大型重型機車 <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_____ <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 1. 未領有駕駛車種之駕駛執照駕車。</li> <li><input type="checkbox"/> 2. 受吊扣期間、吊銷或註銷駕駛執照處分駕車。</li> <li><input type="checkbox"/> 3. 行經有燈光號誌管制之交岔路口違規闖紅燈。</li> <li><input type="checkbox"/> 4. 闖越鐵路平交道。</li> <li><input type="checkbox"/> 5. 酒精濃度超過規定標準、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。</li> <li><input type="checkbox"/> 6. 未依規定使用高速公路、快速公路或設站管制道路之路肩。</li> <li><input type="checkbox"/> 7. 駕駛車輛在道路上競駛、競技、蛇行或以其他危險方式駕駛車輛。</li> <li><input type="checkbox"/> 8. 駕駛車輛不按遵行之方向行駛或不依規定駛入來車道。</li> </ul> (有勾選其中任何一項者，即不得視為職業傷害)  綜上，該被保險人發生事故符合職業傷病，請勾選： <input type="checkbox"/> 1. 從事本業工作，於作業中發生事故而致之傷害。 <input type="checkbox"/> 2. 上下班之適當時間應經途中發生事故而致之傷害，無上述列舉之交通違規情事。 <input type="checkbox"/> 3. 公差期間之職務活動及合理途徑發生事故而致之傷害，無上述列舉之交通違規情事。 <input type="checkbox"/> 4. 經所屬團體指派參加活動期間，因所屬團體指派之活動及合理途徑，發生事故而致之傷害，無上述列舉之交通違規情事。 <input type="checkbox"/> 5. 其他職業傷病事故：_____。			
	上述事項經詢問當事人屬實。  經辦人：_____ (簽章)  <div style="text-align: right;">                         中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日                     </div>				