





上下班 勞工保險被保險人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	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 type="checkbox"/> 普通重型機車 <input checked="" 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交通時間	需 0 小時 30 分鐘	(五)發生保險事故時間	109 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□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	受吊扣期間或吊銷駕駛執照處分駕車	
	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" 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 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車	
	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	吸食毒品、迷幻藥或管制藥品駕駛車輛	
	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	違規行駛高速公路路肩	
	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	不按遵行之方向行駛	
	<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	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 checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	處理私事原因經過詳情，請說明： (如不敷填寫可另紙書寫說明並簽章)	
(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): 新北市政府警察局新店分局	
<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、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: 林小玲	
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：__新北市寶慶街32巷5弄10號5樓__

2.就業場所地址：__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__
（如不敷填寫可另紙書寫說明並簽章）

