

| |
|------|
| 轄區代碼 |
| |

| | | | | | | |
|---------|--|--|--|--|--|--|
| 勞工保險證字號 | | | | | | |
| | | | | | | |

職業災害內容及統計表

資料時間：中華民國 年 月

行業標準分類號碼：

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
|--|--|--|--|

事業單位名稱： _____

填表人姓名： _____

地 址：

| | | |
|--|--|--|
| | | |
|--|--|--|

電話號碼： () _____

電子郵件帳號： _____

傳真號碼： () _____

| | | | | | | |
|--------|--|--|--|--|--|--|
| 本場所營利 | | | | | | |
| 事業統一編號 | | | | | | |

| 本月工作者人數 | | 本月工作者勞動狀況 | |
|--------------|---|-----------|------|
| | 男 | 女 | |
| 受僱勞工 | 人 | 人 | 天 小時 |
| 非屬受僱勞工之其他工作者 | 人 | 人 | 天 小時 |

本月是否發生屬失能傷害之職業災害？ 是 否 (若填是，請續填下表罹災工作者資料)

罹 災 工 作 者 資 料

| 案件日期 | 姓名 | 聯絡電話 | 出生年月 | 身分別 | 身分證字號(若為外國人,請填護照號碼) | 職災發生地點 | 受傷部位 | 災害類型 | 媒介物 | 失能傷害種類 | 失能傷害損失日數 | 性質別 |
|------|---|------|------|---|---------------------|--------|---------------|--|-----|--------|----------|---|
| | | | | | | | (至少填寫1處,至多3處) | 代碼 <input type="checkbox"/> 有違反交通法規 | | 代碼 | | |
| | | | | <input type="checkbox"/> 本國-非原住民 <input type="checkbox"/> 本國-原住民 <input type="checkbox"/> 外籍(國籍) | | | 代碼 | | | 代碼 | | <input type="checkbox"/> 勞工 <input type="checkbox"/> 其他工作者 |
| 是否住院 | <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 (若填是，請續填右欄住院狀態) | | | | | | 住院狀態 | <input type="checkbox"/> 已出院 <input type="checkbox"/> 住院中 (填寫：醫院所在區域及名稱) | | | | |
| 職災內容 | | | | | | | 分析與對策 | | | | | |
| 合計 | | | | | | | | | | | 合計 | 日 |

備註：災害類型屬「上下班途中發生之交通事故」案件，其職業傷害之認定，仍以勞動部勞工保險局實際審查認定結果為準。