

附表四

(全銜) 因公傷病證明書		字第	號
國民身分證統一編號			
姓	名		
原屬服勤單位			
服勤職務			
傷病時間			
傷病地點			
當時狀況			
治療醫院			
傷 病  原 因	屬替代役役男撫卹實施辦法第三條第一項第一款至第四款之情形	<input type="checkbox"/> 冒險犯難。 <input type="checkbox"/> 執行勤務發生意外或猝發疾病。 <input type="checkbox"/> 保衛公共安全或救護公共災害。 <input type="checkbox"/> 因公差遇險或罹病。	
	屬替代役役男撫卹實施辦法第三條第一項第五款或第六款之情形	<input type="checkbox"/> 在訓練、服勤或指定住宿場所發生意外或猝發疾病。 <input type="checkbox"/> 應徵前往指定地點報到服役、依法退役返鄉、往返接受訓練、處理公務或指定住宿之場所途中發生意外或猝發疾病。	
<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <p>中 華 民 國</p> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 100px; margin: 0 auto;"></div> <p>單位印信</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>(首長職銜簽字章)</p> <p>年                      月                      日</p> </div> </div>			