

附表五

(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。	
中華民國 <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 80px; vertical-align: middle;"></span> 年                      月                      日		(首長職銜簽字章)	
單位印信			