格式一

# (機關名稱)重大災害通報表

填報人：

一、初判災害類別：

□1.工作場所之職業災害

□2.工作場所以外之就業場所職業災害

□3.非屬勞工安全衛生法之職業災害

□4.其他之災害（說明：　　）

□5.認定中(原因：　　）

二、事業單位：(發生災害之事業單位)

(一)事業單位名稱：

(二)事業單位地址、電話：

三、災害概況：

(一)發生時間：　　年　　月　　日　　時　　分

(二)發生處所：

(三)災害類型：

(四)罹災人數：死亡　　人、重傷　　人、輕傷　　人、共　　人

(五) 罹災者之投保情形：□勞保、□農保、□無投保、□待查（補充說明：　　）

四、發生經過：

五、處理情形（應變措施、通報及其他作為，如補償慰恤、停工等)：

六、通報情形：

(一)接獲報告時間：　　年　　月　　日　　時　　分

(二)報告方式：

(三)報告人：

備註：

1、災害類別係依勞工安全衛生法第2條第4項、第28條第2項及勞動檢查法施行細則第31條規定分類；至於發生之災害未造成勞工傷亡或勞工受傷人數未達3人者，災害類別歸類為「其他之災害」。

2、本表填妥後傳送行政院勞工委員會勞工檢查處(傳真02-85902745)、勞工福利處〔電話：02-85902798，傳真02-85902812〕及相關地方主管機關；如為假日發生之重大災害請另以電話、手機簡訊或電子郵件通報本會勞工檢查處處長及相關業務科科長等人員。

3、甲級災害規模職業災害須另通知本會勞工保險局辦事處總管理室（聯絡窗口：饒恕組長，電話：02-23210343，手機：0937-839319，傳真：02-23963065，電子郵件：15933@ms.bli.gov.tw ）