

格式四

() 勞動檢查機構() 縣(市)
職業災害死亡勞工基本資料表

死亡勞工姓名		性別		出生年月日	
服務單位及聯絡人			是否參加勞工保險	<input type="checkbox"/> 已參加勞保 <input type="checkbox"/> 未參加勞保	
服務單位地址				電話	()
罹災原因	<input type="checkbox"/> 感電 <input type="checkbox"/> 墜落 <input type="checkbox"/> 倒塌、崩塌 <input type="checkbox"/> 被捲、被夾 <input type="checkbox"/> 物體飛落 <input type="checkbox"/> 被撞 <input type="checkbox"/> 其他				
慰問之勞工家屬					
姓名			與勞工之關係		
住址					
電話	()			行動電話	
備註	1、本項慰問係以勞工為對象(含自營作業者)，罹災者若為雇主則無需填具本表。 2、慰問家屬欄係作為慰問金支票受款人之用，務請詳實填寫，慰問家屬順序如次：1. 配偶、子女、2. 父母、3. 祖父母、4. 孫子女、5. 兄弟姐妹。				

課(科)別： 填報人： 聯絡電話： 填報日期：

備註：

1、本表填妥後傳真本會勞工福利處第三科「電話：(02)8590-2798、傳真：(02)8590-2812」及相關地方主管機關。

2、甲級災害規模之災害需另傳真下列單位(若無人員傷亡者無須傳真)：

(1) 本會勞工保險局辦事處總管理室「電話：02-2321-0343，傳真：02-2396-3065」。

(2) 本會職業訓練局身心障礙者就業訓練組「電話：02-8590-2606、傳真：02-8590-2441」

