

## 臺北市勞動檢查處

(附表 2)

## 職業災害死亡/重傷勞工基本資料表

勞工姓名		身分證號		出生日期	年 月 日
勞工保險	<input type="checkbox"/> 已加 <input type="checkbox"/> 未加	聯絡電話	市話：( ) 手機：	罹災情形	<input type="checkbox"/> 重傷(傷勢概述： ) <input type="checkbox"/> 死亡
聯絡地址					
服 務 單 位	名稱			聯絡人	
	電話	( )			
	電子郵件信箱				
	地址				
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"/> 被撞 <input type="checkbox"/> 物體飛落 <input type="checkbox"/> 其他				
家屬姓名		與勞工之關係	聯絡電話	市話：( ) 手機：	
住址					
備註	本表係以工作者為對象，罹災者若為雇主、外勞則無需填報本表。				

科別：

填報人：

聯絡電話：

填報日期：

備註：

P-02-02-06C

- 本表請於重大職業災害發生後，併「臺北市勞動檢查處重大災害通報表」傳真至臺北市勞動力重建運用處及勞動部職業安全衛生署職災勞工保護組辦理。(臺北市勞動力重建運用處 聯絡電話：02-25598518 分機 207，傳真：02-25598528；勞動部職業安全衛生署職災勞工保護組 聯絡電話：02-89956666 分機 810，傳真：02-8995-6640)
- 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)：
  - 勞動部勞工保險局辦事處總管理室「電話：(02)2321-0343，傳真：(02)2396-3065」。
  - 勞動部勞動力發展署身心障礙者就業訓練組「電話：(02)8995-6144、傳真：(02)8995-6160」。