**勞工職業災害保險職業病職歷報告書**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 出生日期 | 民國 年 月 日 | 受理號碼 |  |
| 地址 |  | 身分證號 |  |
| 從事相關作業職歷 | 工作起迄期間 | 暴露於何種作業環境或有害物質 | 審核結果備註 |
| 1 | 服務單位名稱 |  | 電話 |  | 自　 年　 月至　 年 　月**計　 年　 月** |  |  |
| 地址 |  |
| 服務部門 |  | 職稱 |  |
| 具體工作內容 |  |
| 2 | 服務單位名稱 |  | 電話 |  | 自　 年　 月至　 年 　月**計　 年　 月** |  |  |
| 地址 |  |
| 服務部門 |  | 職稱 |  |
| 具體工作內容 |  |
| 3 | 服務單位名稱 |  | 電話 |  | 自　 年　 月至　 年 　月**計　 年　 月** |  |  |
| 地址 |  |
| 服務部門 |  | 職稱 |  |
| 具體工作內容 |  |
| 4 | 服務單位名稱 |  | 電話 |  | 自　 年　 月至　 年 　月**計　 年　 月** |  |  |
| 地址 |  |
| 服務部門 |  | 職稱 |  |
| 具體工作內容 |  |
| 5 | 服務單位名稱 |  | 電話 |  | 自　 年　 月至　 年 　月**計　 年　 月** |  |  |
| 地址 |  |
| 服務部門 |  | 職稱 |  |
| 具體工作內容 |  |

**本人於上述作業職歷期間並未參加軍、公教或農保等社會保險，且所填寫內容均屬真實無誤，如以詐欺或其他不正當行為企圖領取保險給付、津貼、補助，或為虛偽之證明、報告、陳述者，將按領取之保險給付、津貼、補助處以2倍罰鍰外，並得依民法請求損害賠償；其涉及刑責者，移送司法機關辦理。**

**特此切結證明。**

 被保險人(或受益人)簽章

填表日期： 　 　年　 　月　 　日

※**本表所列相關作業職歷如不敷填寫時，可以另紙書寫粘貼於最後欄後，並於騎縫蓋章證明**。

111.05