

勞工職業災害保險預防職業病健康檢查 特別危害健康作業經歷切結書

(職業工會被保險人適用)

本人於最近 1 年內實際從事_____之工作超過半年以上，特此切結。如有不實，同意返還該筆健康檢查費用。

被保險人簽章：

身分證號：

出生日期： 年 月 日

聯絡地址：

聯絡電話：

中華民國 年 月 日

注意事項：

- 一、 有關特別危害健康作業種類請參閱申請名冊背面之檢查類別代號表。
- 二、 本切結書請據實填寫，如有偽造、詐欺等不法行為者，將移送司法機關辦理。