

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。