勞工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，或為虛偽之證明、報告、陳述者，將按領取之保險給付處以 2 倍罰鍰；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。