

表格 2B  
僱員補償條例  
(第 282 章)

第 15(1A)(b)條

僱主呈報引致僱員喪失工作能力  
不超過三天的意外的通知

致：勞工處處長

謹此聲明，盡本人所知，在本表格內呈報的資料，全屬真實準確	
姓名(請用正楷)：_____	
職位：	<input type="checkbox"/> 獨資經營人 <input type="checkbox"/> 合夥人 <input type="checkbox"/> 經理 <input type="checkbox"/> 高級人員
簽署：_____	日期：_____
<input type="checkbox"/> (僱主代表代行)	公司蓋印

A. 僱員詳情

僱員姓名 (請先填寫姓氏)		身份證/護照號碼
電話號碼	地址	

B. 僱主詳情

僱用公司名稱/僱主姓名		商業登記證號碼
電話號碼	地址	行業
傳真號碼		

C. 意外詳情

意外發生日期 ____ / ____ / ____ 年 / 月 / 日	意外發生地點的地址
病假總日數 _____ 日	

D. 補償詳情

用作計算受傷僱員應得補償的每月收入： \$ _____	
補償額：\$ _____	<input type="checkbox"/> 已支付 <input type="checkbox"/> 將於 ____ / ____ / ____ 支付 年 / 月 / 日

僱主呈報引致僱員喪失工作能力  
不超過三天的意外的通知

僱員詳情

補充資料

出生日期 ____ / ____ / ____ 年 / 月 / 日	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	職業	學徒 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
---	---	----	---

僱員收入細節

每月平均工作日數 <input type="checkbox"/> 22 <input type="checkbox"/> 24 <input type="checkbox"/> 26 <input type="checkbox"/> 30 <input type="checkbox"/> 其他 _____ (請指明)	休息日 (a) <input type="checkbox"/> 無薪 <input type="checkbox"/> 有薪 (b) <input type="checkbox"/> 非固定 <input type="checkbox"/> 固定於星期 _____ (請填寫星期的那一天)
---	--

意外的敘述

請敘述意外如何發生，並說明僱員當時正在進行的工作

損傷性質

指出損傷性質（在方格內劃上“√”號）——

<input type="checkbox"/> 01 擦傷	<input type="checkbox"/> 06 撞傷及瘀傷	<input type="checkbox"/> 11 電擊	<input type="checkbox"/> 16 中毒
<input type="checkbox"/> 02 截斷	<input type="checkbox"/> 07 腦震盪	<input type="checkbox"/> 12 骨折	<input type="checkbox"/> 17 受刺激
<input type="checkbox"/> 03 窒息	<input type="checkbox"/> 08 割傷	<input type="checkbox"/> 13 刺傷	<input type="checkbox"/> 18 惡心
<input type="checkbox"/> 04 燙傷（受熱）	<input type="checkbox"/> 09 脫臼	<input type="checkbox"/> 14 扭傷	<input type="checkbox"/> 19 多處受傷
<input type="checkbox"/> 05 其他類型燒傷	<input type="checkbox"/> 10 壓傷	<input type="checkbox"/> 15 凍傷	<input type="checkbox"/> 20 其他 (請指明)

身體的損傷部位（在方格內劃上“√”號）——

頭部	頸部及軀幹	上肢	下肢	
<input type="checkbox"/> 21 頭顱/頭皮	<input type="checkbox"/> 31 頸	<input type="checkbox"/> 41 手指	<input type="checkbox"/> 51 臀	<input type="checkbox"/> 61 多處部位 (請指明)
<input type="checkbox"/> 22 眼	<input type="checkbox"/> 32 背	<input type="checkbox"/> 42 手/手掌	<input type="checkbox"/> 52 大腿	
<input type="checkbox"/> 23 耳	<input type="checkbox"/> 33 胸	<input type="checkbox"/> 43 前臂	<input type="checkbox"/> 53 膝	
<input type="checkbox"/> 24 口/牙齒	<input type="checkbox"/> 34 腹	<input type="checkbox"/> 44 手肘	<input type="checkbox"/> 54 小腿	
<input type="checkbox"/> 25 鼻	<input type="checkbox"/> 35 軀幹	<input type="checkbox"/> 45 上臂	<input type="checkbox"/> 55 足踝	
<input type="checkbox"/> 26 面	<input type="checkbox"/> 36 盤骨/腹股溝	<input type="checkbox"/> 46 肩膀	<input type="checkbox"/> 56 腳	

保險的細節

意外發生時，承保的保險公司名稱及地址（請參照保險單）	保險單號碼
----------------------------	-------

# 僱員補償條例

(第 282 章)

第 15(1A)(b)條

僱主呈報引致僱員喪失工作能力  
不超過三天的意外的通知

表格 2B

## 重要附註

- (1) 這份表格須在引致僱員喪失工作能力不超過三天的意外發生後 14 天內，一式兩份交回勞工處處長，無論該次意外是否引起任何支付補償的法律責任。
- (2) 假如在呈交此表格後，僱員喪失工作能力的期間超越三天，僱主須按《僱員補償條例》第 15(1A)(a)條，以訂明的表格(表格 2)再次發出意外通知。
- (3) 僱主如不按規定發出通知，或向勞工處處長提供虛假或具誤導性的資料，可被檢控。
- (4) 請在適用方格內劃上“✓”號。
- (5) 用作計算僱員補償給受傷僱員的『每月收入』是指僱員在意外發生日期前一個月的收入，或者過去 12 個月受僱期內(如受僱少於 12 個月，以該較短受僱期間而定)的平均每月收入，以對僱員較有利的計算方法為準。

### 收入包括：

- (a) 現金工資；
- (b) 任何可以現金評定的特惠或利益的價值，例如：因僱員遭受意外以致喪失享有由僱主提供僱員的食物、燃料或宿舍；
- (c) 屬經常性質的超時工作酬金或因工作而獲的其他特別酬金，不論是否以花紅、津貼或其他形式而獲得的；及
- (d) 習慣性的小賬。

但間歇性超時工作的酬金、非經常性的偶然付款賞金、交通津貼或特惠的價值以及僱主所作出的公積金供款並不包括在收入之內。