

表格 2

僱員補償條例
(第 282 章)

第 15 條

僱主呈報僱員死亡或引致僱員死亡
或喪失工作能力的意外的通知

重要附註

- (1) 請填寫一式兩份，並在以下限期內交回勞工處處長—
 - (a) 如僱員死亡，在意外發生後 7 天內交回；或
 - (b) 如僱員受傷，在意外發生後 14 天內交回；或
 - (c) 在勞工處處長規定的限期內交回。
- (2) 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。
- (3) 必須為每一名僱員填寫第 I 部；如有關意外在建築地盤內發生，始須填寫第 II 部。
- (4) 如多於一名僱員因意外受傷或死亡，請分別為每一位僱員一式兩份填寫此表格。
- (5) 請在適用方格內劃上“✓”號。
- (6) 在填寫本表格前，請小心閱讀有關的指示。

表格 2
僱員補償條例
(第 282 章)
第 15 條
僱主呈報僱員死亡或
引致僱員死亡或喪失工作能力的意外的通知

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。

簽署： _____ (僱主代表)

姓名 (請用正楷)： _____

職位：
 獨資經營人 合夥人
 經理 高級人員

日期： _____

_____ 公司蓋印 (附註 1)

A. 僱員詳情 **《第 I 部》**

僱員姓名 (請先填寫姓氏)			身分證/護照號碼
電話號碼	傳真號碼	地址	
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

B. 僱主詳情

僱用公司名稱/僱主姓名		商業登記證號碼 (附註 2)
電話號碼	地址	行業
傳真號碼		

C. 總承判商/控權公司詳情 (附註 3)

總承判商/控權公司名稱		商業登記證號碼
電話號碼	地址	行業
傳真號碼		

D. 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 (附註 4)

述明意外是否於工作期間發生 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	意外發生日期 ____ / ____ / ____ 年 / 月 / 日	意外發生時間 上/下午 ____ 時 ____ 分	意外結果 <input type="checkbox"/> 受傷 <input type="checkbox"/> 死亡
意外發生地點的地址		僱員接受治療的醫院/診所名稱	

E. 保險的細節 (附註 5)

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
-----------------------------	-------

F. 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)
僱員在緊接意外發生日期的上一個月的每月收入細節：(附註 6)	
(a) 底薪/基本工資	每月\$ _____
(b) 伙食津貼/僱主免費供應食物的價值	每月\$ _____
(c) 其他項目： _____ (請指明)	每月\$ _____
總收入 (a) + (b) + (c)	每月\$ _____
僱員在意外發生前 12 個月內 (如不足 12 個月，則以整段受僱期間計) 的每月平均收入為 每月\$ _____	

G. 死亡個案 (只須於意外引致死亡時填寫)

是否已報警 <input type="checkbox"/> 是 _____ (警署名稱) <input type="checkbox"/> 否	已故僱員的最近親姓名及地址	與已故僱員的關係
		電話號碼

H. 直接和解 (只在損傷引致暫時喪失工作能力為期不多於 7 天及並無引致永久喪失工作能力，而且僱主和僱員已選擇以直接和解方式來解決工傷個案時，始須填寫。)

病假期 由 ____ / ____ / ____ 至 ____ / ____ / ____ 年 / 月 / 日 年 / 月 / 日 由 ____ / ____ / ____ 至 ____ / ____ / ____ 年 / 月 / 日 年 / 月 / 日 病假總日數： _____ 日	補償額： \$ _____ <input type="checkbox"/> 已支付 <input type="checkbox"/> 將於 ____ / ____ / ____ 支付 年 / 月 / 日
---	--

I. 意外地點（在方格內劃上“✓”號）

這意外發生於 —（附註 7）

<u>建築地盤</u>		<u>船廠</u>		<u>製造廠</u>		<u>其他</u>	
<input type="checkbox"/> 01	樓宇地盤	<input type="checkbox"/> 04	水上船隻	<input type="checkbox"/> 07	生產區	<input type="checkbox"/> 11	貨櫃場
<input type="checkbox"/> 02	土木工程地盤	<input type="checkbox"/> 05	非水上船隻	<input type="checkbox"/> 08	維修工場	<input type="checkbox"/> 12	飲食供應機構
<input type="checkbox"/> 03	現有樓宇翻新/維修	<input type="checkbox"/> 06	維修工場	<input type="checkbox"/> 09	貨物裝卸區	<input type="checkbox"/> 13	請指明
				<input type="checkbox"/> 10	貯物區		

在意外發生時現場進行的活動（附註 8）

J. 損傷性質（附註 9）

敘述損傷性質

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）—

<u>頭部</u>		<u>頸部及軀幹</u>		<u>上肢</u>		<u>下肢</u>	
<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"/> 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
						<input type="checkbox"/> 61	多處部位 （請指明）

K. 意外類別 (在方格內劃上“✓”號) (附註9)

<input type="checkbox"/> 01 受困於物件之內或物件之間	<input type="checkbox"/> 05 與固定或不動的物件碰撞	<input type="checkbox"/> 10 受困於倒塌或翻側的物件	<input type="checkbox"/> 15 火警燒傷
<input type="checkbox"/> 02 提舉或搬運物件時受傷	<input type="checkbox"/> 06 與移動的物件碰撞	<input type="checkbox"/> 11 遭移動或墮下的物件撞擊	<input type="checkbox"/> 16 爆炸受傷
<input type="checkbox"/> 03 滑倒、絆倒或在同一高度跌倒	<input type="checkbox"/> 07 踏在物件上	<input type="checkbox"/> 12 遭移動中的車輛撞倒	<input type="checkbox"/> 17 其他 (請指明)
<input type="checkbox"/> 04 人體從高處墮下 * _____ 米	<input type="checkbox"/> 08 暴露於有害物質中或接觸有害物質	<input type="checkbox"/> 13 觸及開動中的機器或觸及以機器製造中的物件	_____
	<input type="checkbox"/> 09 觸電或接觸放出的電流	<input type="checkbox"/> 14 遇溺	

* 人體墮下的距離

L. 引致受傷的媒介 (如有的話) (在一個或多於一個方格內劃上“✓”號) (附註9)

<input type="checkbox"/> 01 吊重/運輸設備	<input type="checkbox"/> 04 處理中或貯存中的物料/產品	<input type="checkbox"/> 07 可移動的容器或任何類別的包裝物	<input type="checkbox"/> 10 供電系統、設有線路裝置的器具或設備
<input type="checkbox"/> 02 手提動力工具或手動工具	<input type="checkbox"/> 05 在梯上或高空工作	<input type="checkbox"/> 08 樓面、地面、樓梯或任何工作面	<input type="checkbox"/> 11 車輛或相聯的設備或機器
<input type="checkbox"/> 03 其他機器 請指明： 機器類別： _____	<input type="checkbox"/> 06 坑渠、沙井或其他密閉空間	<input type="checkbox"/> 09 氣體、蒸氣、塵埃或煙霧	<input type="checkbox"/> 12 其他 (請指明)

令僱員受傷的機器部分：
 (a) 原動部分
 (b) 傳動部分
 (c) 運作部分

簡述你如上所指的媒介 (附註9)

M. 草圖 (如認為需要補充以上敘述不足之處)

	只供本處填寫	
	工業意外/ 非工業意外	
	調查	
	處理	

《第 I 部完》

《第 II 部》
(如意外發生在建築地盤內則須填寫此部)

N. 在意外發生時僱員所進行的工作類別 (在方格內劃上“✓”號)

<input type="checkbox"/> 01 混凝土傾注	<input type="checkbox"/> 07 油漆	<input type="checkbox"/> 13 坑道工程	<input type="checkbox"/> 19 斜坡工程
<input type="checkbox"/> 02 木器工程	<input type="checkbox"/> 08 批盪	<input type="checkbox"/> 14 安裝氣體輸送管	<input type="checkbox"/> 20 其他
<input type="checkbox"/> 03 玻璃工程	<input type="checkbox"/> 09 電焊/氣焊	<input type="checkbox"/> 15 安裝水管	(請指明)
<input type="checkbox"/> 04 拗鋼筋	<input type="checkbox"/> 10 搭建板模	<input type="checkbox"/> 16 安裝電線	
<input type="checkbox"/> 05 竹棚工程	<input type="checkbox"/> 11 鋪砌磚塊	<input type="checkbox"/> 17 處理物料	_____
<input type="checkbox"/> 06 通架棚工程	<input type="checkbox"/> 12 沉箱工程	<input type="checkbox"/> 18 安裝升降機	

上述工作在建築地盤內何處進行

O. 涉及的機器 (如有的話) (在一個或多於一個方格內劃上“✓”號) (附註 10)

<input type="checkbox"/> 01 吊斗吊重機/物料吊重機	<input type="checkbox"/> 06 液壓起重機	<input type="checkbox"/> 11 拗鋼筋機
<input type="checkbox"/> 02 載人吊重機/建築工地升降機	<input type="checkbox"/> 07 吊船	<input type="checkbox"/> 12 混凝土攪拌機
<input type="checkbox"/> 03 塔式起重機 (天秤)	<input type="checkbox"/> 08 工作吊板	<input type="checkbox"/> 13 風泵/風鼓
<input type="checkbox"/> 04 流動起重機	<input type="checkbox"/> 09 打樁機	<input type="checkbox"/> 14 其他 (請指明)
<input type="checkbox"/> 05 安裝在貨車上的起重機	<input type="checkbox"/> 10 鑽探機	_____

P. 涉及的運輸機器或建築機器 (如有的話) (在方格內劃上“✓”號)

<input type="checkbox"/> 01 倒泥卡車	<input type="checkbox"/> 04 推土機	<input type="checkbox"/> 07 其他 (請指明)
<input type="checkbox"/> 02 搬土機	<input type="checkbox"/> 05 平土機	
<input type="checkbox"/> 03 挖土機	<input type="checkbox"/> 06 壓土機	_____

《第 II 部完》

註 釋

附註 1：在兩份向勞工處處長呈交的表格 2 上的簽署及公司蓋印須為正本。

附註 2：如沒有商業登記證號碼，應填上僱主的身分證號碼。

附註 3：載有總承判商/控權公司詳情的 C 條，只有在以下情況始須填寫 —

(a) 僱主為次承判商；或

(b) 僱主為《公司條例》（第 622 章）所指的控權公司的附屬公司，而該附屬公司是由其所屬的公司集團投購的保險單所涵蓋和指明的。

附註 4：敘述意外如何發生，說明僱員當時進行的工作以及提供意外如何發生的細節，例如：受傷僱員當時正進行的工作、直接和間接導致意外的因素以及該僱員如何受傷等。

附註 5：請依保險單上的資料填寫承保人的姓名或名稱及地址，但請勿填寫經紀或代理人的姓名或名稱及地址。

附註 6：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得的其他特別酬金，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。

附註 7：建築地盤

樓宇地盤：指興建樓宇地面以下建築物、上蓋建築物等的地盤。

土木工程地盤：指興建道路、橋樑等的地盤。

現有樓宇翻新/維修：指現有樓宇內外翻新、維修、油漆或清潔外牆等。

（附註：在新建成樓宇內進行的裝修工程須視為樓宇地盤）。

船廠

水上船隻：指在浮塢或水上船隻上進行造船或修船工程。

非水上船隻：指在船排或岸上進行造船或修船工程。

維修工場：指船廠的製造、修理或維修船舶部件的維修工場。

製造廠

生產區：指生產工場或任何進行實際生產的地點。

維修工場：指製造廠的製造、修理或維修機械零件的維修工場。

貨物裝卸區：指製造廠內指定作為貨物裝卸活動（包括貨物處理）的地點。

貯物區：指製造廠內用作貯存用途的地點。

其他

貨櫃場：指貨櫃處理、堆放和維修等的地點。

附註 8：請簡述在意外發生時有關的工作地點的主要功能。

附註 9： 請提供受傷的細節，例如：當僱員在工作台上工作時，他扭傷他的足踝，並從 3 米高處墮下地面。

在上述的例子中，須在第 J、K 及 L 條的以下方格內劃上“✓”號 —

- 在 J 條中，“指出損傷性質”欄：“扭傷”方格（第 14 號方格）。
- 在 J 條中，“身體的損傷部位”欄：“足踝”方格（第 55 號方格）。
- 在 K 條中，“意外類別”欄：“人體從高處墮下*3米”方格（第 04 號方格）。
- 在 L 條中，“引致受傷的媒介”欄：“在梯上或高空工作”方格（第 05 號方格）。
- 在“簡述你如上所指的媒介”欄內填上：一個 5 米長 x 2 米闊 x 5 毫米厚的木製工作台。

附註 10： 如此欄提示的機器不適用的話，請在第 14 號方格內劃上“✓”號，並指明有關的機器名稱或簡要地描述涉及的機器的類別。

建築地盤意外之附加資料

註釋：

本表格並非《僱員補償條例》內作為呈報意外的法定表格，但仍請僱主合作，就發生在建築地盤內的意外填寫本表格的第I至第VI部份。填報的資料會被政府及有關的公營機構作為意外分析之用。

I. 工地細節

建築工程開始施工日期: _____ / _____ / _____ (年 / 月)	預計完工日期: _____ / _____ / _____ (年 / 月)
總承判商名稱: _____ 地盤地址: _____ 合約號碼(如有的話): _____ 意外發生日期: _____ 聯絡電話: _____	_____ 公司蓋印

II. 工程細節

(A) 工程性質	<input type="checkbox"/> 土木工程	<input type="checkbox"/> 上蓋工程	<input type="checkbox"/> 保養及維修
(B) 私人工程	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否	
若果是的話，請填寫授權人士或工程經理的名字及聯絡電話	姓名: _____ (職位: _____)	電話: _____	若果否的話，請在下方(C)欄指出該工務工程、政府或有關機構工程的類別
(C) 工務工程、政府或有關機構工程	<input type="checkbox"/> 01 建築署	<input type="checkbox"/> 08 水務署	<input type="checkbox"/> 18 食物環境衛生署
<input type="checkbox"/> 02 屋宇署	<input type="checkbox"/> 09 房屋署	<input type="checkbox"/> 19 土木工程拓展署	<input type="checkbox"/> 20 香港鐵路有限公司
<input type="checkbox"/> 04 渠務署	<input type="checkbox"/> 12 香港機場管理局	<input type="checkbox"/> 22 香港房屋協會	<input type="checkbox"/> 99 其他 (請說明) _____
<input type="checkbox"/> 05 機電工程署	<input type="checkbox"/> 14 環境保護署		
<input type="checkbox"/> 06 路政署	<input type="checkbox"/> 15 民政事務總署		

III. 是否建造業輸入勞工計劃的輸入勞工

<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
----------------------------	----------------------------

IV. 墮下地點細節 (如從高處墮下受傷)

<input type="checkbox"/> 01 竹棚	<input type="checkbox"/> 04 工作台/臨時支架	<input type="checkbox"/> 07 梯子
<input type="checkbox"/> 02 承托力弱的構築物	<input type="checkbox"/> 05 沒有護欄的邊緣及電梯槽的洞口	<input type="checkbox"/> 08 其他
<input type="checkbox"/> 03 吊重機槽	<input type="checkbox"/> 06 沒有護欄/沒有穩固覆蓋的孔洞	_____

V. 種族

<input type="checkbox"/> 01 華人	<input type="checkbox"/> 04 印尼人	<input type="checkbox"/> 07 巴基斯坦人	<input type="checkbox"/> 10 其他亞洲人
<input type="checkbox"/> 02 菲律賓人	<input type="checkbox"/> 05 日本人	<input type="checkbox"/> 08 泰國人	<input type="checkbox"/> 11 其他
<input type="checkbox"/> 03 印度人	<input type="checkbox"/> 06 尼泊爾人	<input type="checkbox"/> 09 白人	_____

VI. 語文能力

會話		閱讀		書寫	
廣東話	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 不懂	中文	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 不懂	中文	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 不懂
普通話	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 不懂				
英文	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 不懂	英文	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 不懂	英文	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 不懂
其他 _____	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 一般	其他 _____	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 一般	其他 _____	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 一般

請於適當方格上加上 '✓' 號。



勞工處僱員補償科（執行） 收集個人資料的目的聲明

有關僱主符合《個人資料（私隱）條例》（第 486 章）的重要須知

僱主填寫表格 2/2A/2B 時，須提供其個人資料及其僱員的個人資料予勞工處僱員補償科。在披露及轉交僱員的個人資料時，請確保符合《個人資料（私隱）條例》（第 486 章）的相關規定。如屬非死亡個案，請確保在提交表格 2/2A/2B 前，你和僱員均已參閱以下的「收集個人資料的目的聲明」。

收集資料的目的

- (一) 勞工處僱員補償科（執行）收集你和受傷僱員的個人資料，旨在用作下列一項或多項用途：
- (1) 處理根據《僱員補償條例》（下稱《條例》）提出的申索，或處理向蒲魯賢慈善信託基金或任何援助計劃的申請。
 - (2) 根據《條例》進行僱員補償評估。
 - (3) 執行《條例》及其他由勞工處執行的法例的有關條款。
 - (4) 調查意外。
 - (5) 進行有關「工傷僱員復康先導計劃」的個案轉介及跟進工作。
 - (6) 進行統計及研究。
 - (7) 法例規定或准許的其他用途。
- (二) 除《條例》另有規定外，提供個人資料是自願的。不過，如果你們未能提供有關的個人資料，本處或許不能處理有關的個案或執行第一段所述的工作。

個人資料承轉人的類別

- (三) 為執行第一段所述的工作，僱員補償科（執行）可能會向以下機構／人士轉移你們的個人資料，同時亦有可能向有關機構／人士索取你們的個人資料：
- (1) 與僱員補償申索有關的當事人，包括受傷僱員、死亡僱員的家庭成員、僱主、總承判商、次承判商、公司集團、保險承保人或獲上述機構／人士授權處理補償申索的代理人。
 - (2) 僱員補償評估委員會。
 - (3) 司法機構／法律援助署／你委託的律師。
 - (4) 醫院管理局／有關的醫院、診所及醫生。
 - (5) 僱員補償援助基金管理局。
 - (6) 蒲魯賢慈善信託基金委員會／執行其他援助計劃的政府部門或機構。
 - (7) 獲委任實施「工傷僱員復康先導計劃」的承辦機構及服務提供者。
 - (8) 勞工處轄下的相關科別。
 - (9) 政府決策局和部門及其他有關機構。
 - (10) 獲委任進行統計或研究的顧問。

查閱個人資料

- (四) 根據《個人資料（私隱）條例》第 18 條、第 22 條及附表 1 的第 6 項原則，你們有權查閱及改正個人資料。查閱的權利包括在繳交有關費用後，索取個人資料的副本。

查詢

- (五) 有關你們在勞工處僱員補償科（執行）的個人資料的查詢，包括查閱及更改個人資料的要求，可向處理有關僱員補償個案的個案主任提出。
- (六) 任何有關查閱個人資料的要求，請填妥個人資料私隱專員所指明的最新「要求查閱資料表格」。

表格 2 / 2A / 2B 的呈交方式

填妥的表格 2 / 2A / 2B，應一式兩份呈交以下勞工處僱員補償科辦事處：

	僱員補償科辦事處及地址
工傷個案	僱員補償科（執行）綜合處理組 九龍長沙灣道 303 號 長沙灣政府合署 10 字樓 1007 室
死亡個案	死亡案件辦事處 香港中環統一碼頭道 38 號 海港政府大樓 6 字樓 601 室

- 如對呈交表格有任何疑問，請致電 2717 1771（此熱線由「1823」接聽）查詢。
- 僱員補償科一般會在收到填妥的表格1個月內，發信通知你／貴公司有關的個案編號及處理個案的僱員補償科辦事處資料。如屆時仍未收到有關資料，請致電2150 6364（工傷個案）或2852 3994（死亡個案）查詢。
- 有關僱員補償科各辦事處地址，可瀏覽勞工處網頁（網址：<https://www.labour.gov.hk/tc/tele/ec.htm>）或致電2717 1771。



採用「書面病假跟進方式」解決僱員補償個案

申請須知

為加快處理僱員補償個案，僱主和僱員可向本處申請以「書面病假跟進方式」解決個案。如成功以「書面病假跟進方式」解決個案，僱員便毋須親身前往勞工處職業醫學組辦理病假跟進手續。

申請條件

申請個案必須符合以下所有條件：

1. 個案並無任何爭議事項；
2. 病假超過 7 天（如病假不超過 7 天，僱主應根據《僱員補償條例》第 10(11)條以「直接支付補償」或第 16CA 條與僱員以「藉協議決定補償」的方式解決其個案*）；
3. 損傷／職業病並無引致永久喪失工作能力；
4. 損傷／職業病並不涉及牙齒或需要安裝義製人體器官／外科器具；
5. 所有病假證明書均由註冊醫生、註冊中醫及／或註冊牙醫簽發；
6. 僱員病假已經完結；
7. 僱主必須提供僱員所有的病假證明書副本；以及
8. 如屬職業病個案，有關職業病須為根據勞工處職業健康醫生的意見屬於《僱員補償條例》附表 2 指明的職業病。

由僱傭雙方提出申請（即由僱主及僱員雙方簽署表格）

如僱主及僱員均同意以「書面病假跟進方式」解決個案，請將僱傭雙方已簽署的申請表，連同有關的病假證明書副本，交回本處。本處在完成審批後，會直接向僱傭雙方發出列明僱員補償款額的「補償評估證明書」（表格 5）。

*如僱主未能以《僱員補償條例》規定的方式解決個案，而欲申請以「書面病假跟進方式」解決，請先與負責有關個案的僱員補償科（執行）分區辦事處聯絡。

由僱主單方面提出申請（即只由僱主簽署表格），適用於以下兩種情況

情況一：

僱主提出以「書面病假跟進方式」解決個案，但未能獲得僱員簽署申請表。

情況二：

僱員在本處再三敦促下，仍未完成病假跟進手續或出席判傷，以致個案未能解決。

在以上兩種情況下，僱主均可將已填妥並簽署的申請表，連同有關的病假證明書副本，交回本處。本處將去信通知僱員其個案將以「書面病假跟進方式」處理。除非僱員就此安排表示反對，否則本處會在完成審批後，直接向僱傭雙方發出列明僱員補償款額的「補償評估證明書」（表格 5）。

申請辦法

請填妥夾附的申請表，連同有關的病假證明書副本，交回負責有關個案的僱員補償科（執行）辦事處。如有任何疑問，請向有關辦事處查詢。

- 如尚未呈報個案，請於呈報表格 2/2A 時將申請表一併交予以下辦事處跟進：

僱員補償科（執行）綜合處理組	九龍長沙灣道 303 號 長沙灣政府合署 10 字樓 1007 室
----------------	---

- 就已呈報的個案，請按照檔案編號將申請表交予下列分區辦事處跟進：

僱員補償科（執行）第一分處 ● 處理檔案編號以「13」及「15」開首的個案 (如：15-2023-00001，13-2024-12345)	香港灣仔軒尼詩道 130 號 修頓中心 16 字樓 1605 室
僱員補償科（執行）第二分處 ● 處理檔案編號以「05」及「07」開首的個案 (如：05-2023-00001，07-2024-12345)	九龍旺角道 1 號 旺角道壹號商業中心 18 樓

<p>僱員補償科（執行）第三分處</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 處理檔案編號以「17」及「19」開首的個案 (如：19-2023-00001，17-2024-12345) 	<p>新界荃灣西樓角路 38 號 荃灣政府合署 6 字樓</p>
<p>僱員補償科（執行）第四分處</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 處理檔案編號以「02」、「03」及「04」開首的個案 (如：03-2023-00001，02-2024-12345，04-2024-12345) ● 處理檔案編號以「21」開首的個案 (如：21-2023-00001，21-2024-12345) 	<p>新界荃灣眾安街 68 號 荃灣千色匯 I 期 23 樓 05-06 室</p> <p>新界沙田上禾輦路 1 號 沙田政府合署 2 字樓 239 室</p>
<p>僱員補償科（執行）第五分處</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 處理檔案編號以「09」開首的個案 (如：09-2023-00001，09-2024-12345) 	<p>新界將軍澳唐賢街 30 號 將軍澳政府合署北座 3 樓 301 室</p>

重要事項

勞工處對僱員補償個案能否以「書面病假跟進方式」解決有最終決定權。如成功以「書面病假跟進方式」解決，僱員便毋須前往職業醫學組辦理病假跟進手續。如果個案獲審批，本處會直接發出「補償評估證明書」（表格 5）予僱主及僱員，列明僱員補償款額。

採用「書面病假跟進方式」解決僱員補償個案

申請表

(填寫此表格前，請先參閱申請須知)

檔案編號 (如有) : _____

僱主名稱 (請以正楷填寫) : _____

僱員姓名 (請以正楷填寫) : _____

僱員香港身份證／護照號碼 : _____

僱員最近期的通訊地址 : _____

(一) 僱員補償個案資料

工傷意外／開始患上職業病日期 : _____年_____月_____日

(請注意：僱員的病假必須已經完結。請隨申請表遞交所有病假證明書副本，而所有病假證明書必須由註冊醫生、註冊中醫及／或註冊牙醫簽發。)

病假日期：	由	_____	至	_____
	由	_____	至	_____
	由	_____	至	_____
	由	_____	至	_____
	由	_____	至	_____
	由	_____	至	_____
	由	_____	至	_____
	由	_____	至	_____

(如不敷應用，請另頁填寫。)

僱員在以下日子上班並收取全薪，故該些日子不應計算在補償金額內：

(二) 申請以「書面病假跟進方式」解決個案是：(請以「✓」代表)

得到僱主與僱員雙方同意。

由僱主單方面提出。

(三) 聲明

本人／我們謹此聲明，就此申請所呈交的資料，盡本人／我們所知全屬真實準確。本人／我們同意勞工處為上述僱員補償個案以「書面病假跟進方式」處理，並明白僱員將不會獲安排接受僱員補償評估。

本人／我們已細閱及明白申請須符合以下所有條件：

1. 個案並無任何爭議事項；
2. 病假超過 7 天；
3. 損傷／職業病並無引致永久喪失工作能力；
4. 損傷／職業病並不涉及牙齒或需要安裝義製人體器官／外科器具；
5. 所有病假證明書均由註冊醫生、註冊中醫及／或註冊牙醫簽發；
6. 僱員病假已經完結；
7. 僱主必須提供僱員所有的病假證明書副本；以及
8. 如屬職業病個案，有關職業病須為根據勞工處職業健康醫生的意見屬於《僱員補償條例》附表2指明的職業病。

僱主代表簽名： _____

僱員簽名： _____

姓名： _____

姓名： _____

職位： _____

日期： _____

(如由僱主單方面提出申請，毋需僱員簽署。)

公司蓋印： _____

日期： _____

註：簽名及蓋印須為正本。

重要事項

勞工處對僱員補償個案能否以「書面病假跟進方式」解決有最終決定權。如成功以「書面病假跟進方式」解決個案，僱員便毋須前往職業醫學組辦理病假跟進手續。如果個案獲審批，本處會直接發出「補償評估證明書」（表格 5）予僱主及僱員，列明僱員補償款額。