

BORANG PERMOHONAN TUNTUTAN BAYARAN KEMUDAHAN RAWATAN PERUBATAN DI HOPITAL / KLINIK SWASTA

BAHAGIAN A : MAKLUMAT PEGAWAI PEMOHON

Nama Pegawai : _____ Tarikh Pemohonan : _____

Jawatan / Gred : _____ Kementerian / Jabatan : _____

BAHAGIAN B : MAKLUMAT PESAKIT (SEKIRANYA PEGAWAI BUKAN PESAKIT)

Nama Pesakit : _____ Hubungan dengan pegawai : _____

Nota: Kelayakan bagi anak pegawai adalah anak yang berumur di bawah 21 tahun yang masih dalam tanggungjawab pegawai atau sehingga umur 25 tahun jika masih melanjutkan pelajaran di peringkat ijazah pertama.

BAHAGIAN C : MAKLUMAT TUNTUTAN

Nama Hospital / Klinik Swasta : _____

Bil	Jenis Tuntutan	No. Resit / Tarikh Resit	Jumlah Tuntutan (RM) [A]	Kelayakan (RM) [B]	Baki Kelayakan (RM) [B-A]
1.	Rawatan Perubatan di Hospital Klinik Swasta				
2.	Pemeriksaan Kesihatan				
3.	Rawatan Perubatan Pergigian				

BAHAGIAN D : PENGESAHAN PEGAWAI PEMOHON

- Saya mengesahkan semua maklumat dan dokumen yang diberikan bagi permohonan ini adalah **benar**.
- Saya memahami sekiranya saya membuat sebarang kenyataan yang tidak benar atau mengemukakan atau memberikan apa-apa dokumen palsu, ia merupakan suatu kesalahan dan boleh menyebabkan saya didenda atau diambil tindakan tatatertib.

Tandatangan : _____ Nama : _____

BAHAGIAN E : PENGESAHAN BAHAGIAN AKAUN

Saya mengesahkan semua maklumat dan baki kelayakan pegawai serta dokumen yang diberikan pegawai bagi permohonan ini adalah **benar**.

Tandatangan : _____ Nama : _____

Jawatan : _____

BAHAGIAN F: KELULUSAN KETUA JABATAN / PEGAWAI DIBERI KUASA

☐ Lulus	Tandatangan : _____	COP JABATAN
☐ Tidak Lulus	Nama : _____	
	Jawatan : _____	
	Tarikh : _____	