

**BORANG TUNTUTAN
BAYARAN BALIK RAWATAN PERUBATAN HOSPITAL KERAJAAN**

PERHATIAN :

1. Sila lampirkan **Resit Pembayaran Asal** dan **Surat Jaminan Perubatan (GL)** untuk permohonan
2. Permohonan yang tidak lengkap akan dikembalikan untuk dikemaskini
3. Mohon lampirkan Kad Pesara jika berkaitan

A. MAKLUMAT STAF

Nama : _____

No. Staf / Kad Pesara : _____ PTj : _____ No. Tel : _____

Nama Pesakit :

a) _____

b) _____

c) _____

B. MAKLUMAT HOSPITAL

Nama Hospital : _____ Tarikh mendapatkan rawatan : _____

No. Resit : _____ Jumlah Tuntutan (RM) : _____

Tandatangan staf / Pesara

Tarikh

C. KEGUNAAN PEJABAT PENDAFTAR

Tarikh diterima : _____

Permohonan ini diluluskan/ tidak diluluskan

Tandatangan

Nama :

Cop Rasmi Jawatan

D. MAKLUMAT PERMOHONAN

Nombor Akaun : _____

Bank : _____