
No. Pekerja

PERMOHONAN PERBELANJAAN KEMUDAHAN PERUBATAN

RAWATAN DI LUAR NEGERI

Arahan: i. Maklumat hendaklah dilengkapkan dengan **jelas** dan menggunakan **huruf besar**.
ii. Sila rujuk **panduan** yang disediakan bagi butiran yang berkaitan.

BAHAGIAN I

Butiran Diri Pegawai/Pesara

1. Nama Penuh *(seperti dalam kad pengenalan/pasport)*

2. No. Kad Pengenalan/ Pasport

Butiran Diri Pesakit (*sekiranya pesakit **bukan** pegawai/pesara*)

4. Nama Penuh *(seperti dalam kad pengenalan/pasport/sijil kelahiran*)

5. No. Kad Pengenalan/Pasport/Sijil Kelahiran

6. Hubungan Pesakit Dengan Pegawai/Pesara | | |

7. Maklumat Tambahan Bagi Anak

i) Umur | | | tahun | | | bulan
ii) Daif | | Ya | | Tidak
iii) Masih Bersekolah | | Ya | | Tidak

BAHAGIAN II

Butiran Rawatan Dan Tuntutan Perbelanjaan

8. Nama/ Jenis Penyakit Yang Dihidapi Oleh Pesakit

_____

_____

9. Nama Atau Jenis Rawatan Yang Diperakukan Kepada Pesakit

_____

_____

10. Tempat Rawatan Yang Disyorkan (*nama dan alamat hospital di luar negara)*

_____

_____

11. Tarikh Rawatan *(jangkaan)* _____ hingga _____

12. Keperluan Untuk Membawa Pengiring *(perakuan Lembaga Perubatan)*

☐ Ya ☐ Tidak

13. Nama Pengiring *(sekiranya diperakukan oleh Lembaga Perubatan)*

14. Hubungan Pengiring Dengan Pesakit

_____

15. Anggaran Kos Rawatan : RM _____

16. Tambang Kapal Terbang Kelas Ekonomi *(perjalanan pergi dan pulang)*

i. Pesakit : RM _____

ii. Pengiring : RM _____

17. Dokumen Sokongan Yang Disertakan

☐ Laporan Lembaga Perubatan
☐ Surat Perakuan Ketua Pengarah Kesihatan Malaysia
☐ Surat Pengesahan Pegawai/ Pakar Perubatan Kerajaan
☐ Lain-lain Dokumen *(sekiranya perlu)*

☐ Dokumen Kewangan *(contoh: resit, invois, sebutharga atau dokumen kewangan lain yang berkaitan)*

BAHAGIAN III

18. Pengesahan Pegawai/ Pesara

"Saya dengan ini mengesahkan bahawa maklumat sebagaimana yang dinyatakan di**Bahagian I, Bahagian II** dan **Bahagian III** di atas adalah **benar** belaka. Berkaitan itu, saya memohon supaya perbelanjaan bagi maksud kemudahan perubatan yang diperolehi sebanyak RM_____adalah ditanggung oleh Kerajaan."

Tandatangan _____ Tarikh _____

( )

(nama penuh)

BAHAGIAN IV

20 . Pengesahan Dan Sokongan Pegawai Pengawal

"Saya dengan ini mengesahkan bahawa permohonan pegawai/ pesara mematuhi syarat-syarat dan peraturan-peratura sebagaimana yang ditetapkan dalam Perintah Am Bab F Tahun 1974 dan Pekeliling Perkhidmatan Bilangan 21

Tahun 2009. Berkaitan itu, permohonan perbelanjaan bagi maksud kemudahan perubatan yang diperolehi sebanyak RM _____adalah *DISOKONG / TIDAK DISOKONG."

Tandatangan _____

Nama & Cop Rasmi

(nama penuh)

Jawatan _____

Tarikh _____

* *potong yang mana tidak berkenaan*