

JABATAN PERKHIDMATAN AWAM MALAYSIA



**MAKLUMAT TAMBAHAN PEMOHON BAGI PERMOHONAN
UBAT/ALAT/PERKHIDMATAN PERUBATAN/RAWATAN**

Maklumat Pesara/Penerima Pencen

No. Kad Pengenalan:

[illegible]

Alamat

□ □

[illegible]

No Telefon

□ □

--

Alamat e-mail
(jika ada)

•

•

--

Maklumat Pembekal (sekiranya bayaran secara terus kepada pembekal):

Nama Pembekal

• •

--

Alamat

• •

[illegible]

No Telefon

•

•

--

**UBAT/ALAT/PERKHIDMATAN PERUBATAN/RAWATAN/
PEMERIKSAAN KESIHATAN ATAS ASAS KEPERLUAN PERKHIDMATAN/
VAKSIN ATAS ASAS KEPERLUAN PERKHIDMATAN**

BAHAGIAN I

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

1.	Nama Puan (seperti dalam kad pengenalan/pasport/sijil kelahiran)														
2.	No. Kad Pengenalan/Pasport/Sijil Kelahiran														
3.	Skim Perkhidmatan/Gred							4. Pegawai di Bawah SSB/SSM							
								☐ Ya				☐ Tidak			

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

Nama Pesakit (Tepuk, Bulatan dan Pengenalanan Pasport/Sijil Kelahiran)																				
6.	No. Kad Pengenalanan/Pasport/Sijil Kelahiran																			
7.	Hubungan Pesakit dengan Pegawai/Pesara																			
8.	Maklumat Tambahan Bagi Anak																			
i.	Umur				Tahun				Bulan											
ii.	Daif				Ya				Tidak											
iii.	Masih Bersekolah				Ya				Tidak											
iv.	Status Perkahwinan				Berkahwin				Tidak Berkahwin											

BAHAGIAN II

9. Rawatan di Hospital/Klinik Kerajaan
i. Nama & Alamat Hospital/Klinik Kerajaan

(hari)		(bulan)		(tahun)			

11. Kategori Tuntutan i.

--	--

 ii.

--	--

12. Senarai Tuntutan (*sila gunakan lampiran sekiranya perlu*)

i. Nama & Alamat Hospital/Agensi Swasta

(hari)	(bulan)	(tahun)					

iii.

--	--

 iv.

--	--

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

Bil.	Nama Ubat/ Rawatan/ Pemeriksaan Kesihatan/ Vaksin	No. Rujukan Dokumen Kewangan	Harga (RM)

13. Dokumen Sokongan yang Disertakan

	Surat Pengesahan Pegawai/Pakar Perubatan
	Surat Pengesahan Kementerian Kesihatan Malaysia
	Surat Ketua Pengarah Kementerian Kesihatan Malaysia
	Surat Pengesahan Institusi Pendidikan/Pengajian Tinggi
	Surat Arahan Ketua Jabatan (bagi keperluan menjalani pemeriksaan kesihatan atau mengambil vaksin)
	Dokumen Kewangan (<i>contoh: resit, invoice, sebut harga atau dokumen kewangan lain yang berkaitan</i>)

BAHAGIAN III

14. Pengesahan Pegawai/Pesara

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

Tandatangan _____
(_____)
(nama penuh)

Tarikh _____

BAHAGIAN IV

Perakuan dan Pengesahan oleh Pegawai/Pakar Perubatan Kerajaan (*sila gunakan lampiran sekiranya perlu*)

15. Nama Jenis Penyakit yang Dihidapi oleh Pesakit

16. Nama atau Jenis Ubat/Alat/Perkhidmatan Perubatan/Pemeriksaan Kesihatan/Vaksin yang Diperlukan oleh Pesakit

17. Sebab-sebab Ubat/Alat/Perkhidmatan Perubatan/Pemeriksaan Kesihatan/Vaksin yang Diperlukan oleh Pesakit Tanpa Dapat Dibekal/ Disediakan oleh Hospital/Klinik Kerajaan

18. Perakuan dan Pengesahan Pegawai/Pakar Perubatan Kerajaan

“Saya dengan ini memperakukan bahawa kemudahan perubatan seperti **di butiran 16** di atas diperlukan oleh pesakit berdasarkan penyakit yang dihidapinya. Saya juga mengesahkan bahawa kemudahan perubatan berkenaan tidak dapat dibeli/disediakan oleh pihak hospital/klinik atas sebab-sebab seperti yang dinyatakan dalam **butiran 17** di atas.”

Tandatangan _____
(_____)
(nama penuh)

Nama & Cop Rasmi Pegawai/Pakar Perubatan

Jawatan _____
Tarikh _____

BAHAGIAN V

Kelulusan Penggunaan Perubatan (ubat yang tidak disenaraikan dalam senarai ubat-ubatan KKM/hospital universiti sahaja)

19. Kelulusan Penggunaan Ubat oleh Kementerian Kesihatan Malaysia/Pengarah Hospital Universiti

“Penggunaan ubatan yang **tidak disenaraikan** dalam senarai ubat-ubatan Kementerian Kesihatan Malaysia/hospital universiti seperti di **butiran 16** di atas adalah ***DILULUSKAN/TIDAK DILULUSKAN.**”

Tandatangan _____
(_____)
(nama penuh)

Jawatan _____
Tarikh _____
**potong mana yang tidak berkenaan*

Cop Rasmi KKM/Pengarah Hospital Universiti

BAHAGIAN VI

20. Pengesahan dan Keputusan Ketua Jabatan

“Saya dengan ini mengesahkan bahawa pemohon pegawai/pesara mematuhi syarat-syarat dan peraturan-peraturan sebagaimana yang ditetapkan dalam Perintah Am Bab F Tahun 1974 dan Pekeliling Perkhidmatan Sumber Manusia, Ceraian SR.2. Berkaitan itu, permohonan perbelanjaan bagi maksud kemudahan perubatan yang diperoleh sebanyak **RM _____** adalah ***DILULUSKAN/TIDAK DILULUSKAN.**”

Tandatangan _____
(_____)
(nama penuh)

Jawatan _____
Tarikh _____

**potong mana yang tidak berkenaan*

Nama & Cop Rasmi