

PERMOHONAN PERBELANJAAN KEMUDAHAN PERUBATAN  
DI BAWAH PEKELILING PERKHIDMATAN BILANGAN 21 TAHUN 2009

UBAT/ ALAT/ PERKHIDMATAN PERUBATAN/ RAWATAN

- 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/ passport*)
2. No. Kad Pengenalan/ Passport
3. Skim Perkhidmatan/ Gred
4. Pegawai Di Bawah SSB/ SSM  
 Ya     Tidak

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

5. Nama Penuh (*seperti dalam kad pengenalan/ passport/ sijil kelahiran*)
6. No. Kad Pengenalan/ Passport/ 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

**BAHAGIAN II**

**Butiran Rawatan Dan Tuntutan Perbelanjaan**

9. Rawatan Di Hospital/ Klinik Kerajaan
- i. Nama & Alamat Hospital/ Klinik Kerajaan
  - ii. Tarikh Rawatan  

  

*(hari)                      (bulan)                      (tahun)*
10. Pembekal Kemudahan Perubatan
- i. Nama & Alamat Hospital/ Agensi Swasta
  - ii. Tarikh Kemudahan Perubatan Diperolehi  

  

*(hari)                      (bulan)                      (tahun)*
  - iii. 



    iv.
11. Kategori Tuntutan    i. 



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

Bil.	Nama Ubat/ Alat/ Perkhidmatan Perubatan/ Rawatan	No. Rujukan Dokumen Kewangan	Harga (RM)

13. Dokumen Sokongan Yang Disertakan

- Surat Pengesahan Pegawai/ Pakar Perubatan
- Surat Pengesahan Kementerian Kesihatan Malaysia
- Surat Ketua Pengarah Kesihatan Malaysia
- Surat Pengesahan Institusi Pendidikan/ Pengajian Tinggi
- Dokumen Kewangan (*contoh: resit, invois, sebut harga atau dokumen kewangan lain yang berkaitan*)

**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 diperolehi 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 Dihadapi Oleh Pesakit

\_\_\_\_\_

16. Nama Atau Jenis Ubat/ Alat/ Perkhidmatan Perubatan/ Rawatan Yang Diperakukan Kepada Pesakit

\_\_\_\_\_

17. Sebab-sebab Ubat/ Alat/ Perkhidmatan Perubatan/ Rawatan Yang Diperlukan Oleh Pesakit Tidak 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 dibekal/ disediakan oleh pihak hospital/ klinik atas sebab-sebab seperti yang dinyatakan dalam **butiran 17** di atas.”

Tandatangan

( \_\_\_\_\_ )  
(*nama penuh*)

Jawatan

\_\_\_\_\_

Tarikh

\_\_\_\_\_

Nama & Cop Rasmi Pegawai/ Pakar Perubatan

**BAHAGIAN V**

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

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

“Penggunaan ubat 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

\_\_\_\_\_

Cop Rasmi KKM/ Pengarah Hospital Universiti

\* *potong mana yang tidak berkenaan*

**BAHAGIAN VI**

20. Pengesahan Dan Keputusan Ketua Jabatan

“Saya dengan ini mengesahkan bahawa permohonan pegawai/ pesara mematuhi syarat-syarat dan peraturan-peraturan 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 \*DILULUSKAN / TIDAK DILULUSKAN.”

Nama & Cop Rasmi

Tandatangan

( \_\_\_\_\_ )  
(*nama penuh*)

Jawatan

Tarikh

\* *potong mana yang tidak berkenaan*