

Borang Perubatan 1/09

**PERMOHONAN PERBELANJAAN KEMUDAHAN PERUBATAN DI BAWAH
PEKELILING PERKHIDMATAN SUMBER MANUSIA CERAIAAN SR-2**

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

Arahan: i. Maklumat hendaklah dilengkapi 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/sijil kelahiran)

[illegible]

2. No. Kad Pengenalan/Pasport/Sijil Kelahiran

[illegible]

- | | | | | | |
|----|------------------------|--|--|--|--|
| | | | | | |
| 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/pasport/sijil kelahiran)

[illegible]

6. No. Kad Pengenalan/Pasport/Sijil Kelahiran

[illegible]

- | | | | | | | | | | |
|----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
| 7. | Hubungan Pesakit dengan Pegawai/Pesara | | | | | | | | |

8. Maklumat Tambahan Bagi Anak

- | | | | | | |
|------|--------------------|----------------------|-----------|----------------------|-----------------|
| i. | Umur | <input type="text"/> | Tahun | <input type="text"/> | Bulan |
| ii. | Daif | <input type="text"/> | Ya | <input type="text"/> | Tidak |
| iii. | Masih Bersekolah | <input type="text"/> | Ya | <input type="text"/> | Tidak |
| iv. | Status Perkahwinan | <input type="text"/> | Berkahwin | <input type="text"/> | Tidak Berkahwin |

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)

11. Kategori Tuntutan i.

--	--

 ii.

--	--

- ## 10. Pembekal Kemudahan Perubatan

- i. Nama & Alamat Hospital/Agensi Swasta

- ii. Tarikh Kemudahan Perubatan Diperolehi

--	--	--	--	--	--	--	--

(hari) (bulan) (tahun)

11. Kategori Tuntutan i.

--	--

 ii.

--	--

 iii.

--	--

 iv.

--	--

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

Bil.	Nama Ubat/ Alat/ Perkhidmatan Perubatan/ 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