



## MAJLIS BANDARAYA SHAH ALAM

### PERMOHONAN BAYARAN BALIK KOS RAWATAN PERUBATAN DARIPADA HOSPITAL/KLINIK BUKAN PANEL

- Nota: 1. Tidak semestinya tuntutan bayaran akan mendapat kelulusan pihak Majlis, pertimbangan tuntutan akan dibuat secara satu persatu mengikut kes-kes kecemasan.
2. Tuntutan hendaklah dikemukakan ke Bahagian Sumber Manusia dalam tempoh 7 HARI daripada tarikh rawatan diterima dan bagi tuntutan yang melebihi RM100.00.
3. Sila sertakan laporan pemeriksaan doktor daripada hospital/klinik yang dilawati.
4. Tuntutan tidak termasuk kos Laporan Pemeriksaan. Hanya rawatan dan ubatan.

#### A. MAKLUMAT KAKITANGAN

Nama : \_\_\_\_\_

Jawatan : \_\_\_\_\_

Jabatan : \_\_\_\_\_

No. Tel & Sambungan : \_\_\_\_\_

#### B. ALAMAT SEKARANG/TEMPAT TINGGAL

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### C. NAMA DAN ALAMAT HOSPITAL/KLINIK YANG DILAWATI

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### D. MAKLUMAT TUNTUTAN

Jumlah Tuntutan : \_\_\_\_\_

No. Resit : i) \_\_\_\_\_  
ii) \_\_\_\_\_

Nama Pesakit : \_\_\_\_\_

Hubungan Dengan Staf : \_\_\_\_\_

Nama Penyakit : \_\_\_\_\_

Nama Ubat : \_\_\_\_\_

Alasan Tidak Menggunakan Klinik Majlis : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### E. PERAKUAN

Saya dengan ini mengaku telah mendahulukan bayaran rawatan perubatan di atas.  
Bersama-sama ini di sertakan resit bayaran bertarikh \_\_\_\_\_ untuk tindakan tuan.

Tandatangan : \_\_\_\_\_  
Tarikh : \_\_\_\_\_

**F. ULASAN**

i) Bahagian Sumber Manusia

---

---

---

Tarikh :

---

\_\_\_\_\_  
**(Tandatangan / Cop)**

ii) Pegawai Perubatan Majlis  
**Disokong / Tidak Disokong**

---

---

---

Tarikh :

---

\_\_\_\_\_  
**(Tandatangan / Cop)**

iii) Pengarah Khidmat Pengurusan  
**Diluluskan / Tidak Diluluskan**

---

---

---

Tarikh :

---

\_\_\_\_\_  
**(Tandatangan / Cop)**