

SENARAI SEMAK EMOLUMEN PEMBAYARAN KEMUDAHAN PERUBATAN BULAN/TAHUN:

Nama Pegawai / Bahagian : _____

BAYARAN BALIK

	PEMOHON	BPSM	BK
1 Borang Perubatan 1/09 (Lengkap dan disahkan oleh pegawai perubatan)	☐	☐	☐
2 Resit asal (bayaran balik kepada pegawai)	☐	☐	☐
3 Invois asal (bayaran kepada pembekal)	☐	☐	☐
4 Surat kelulusan KKM	☒	☐	☐
5 Memo Kelulusan Ketua Jabatan (BPSM)	☒	☐	☐
6 Salinan maklumat akaun bank penerima yang telah disahkan (mengikut permohonan daripada pegawai atau syarikat)	☐	☐	☐
7 Kelulusan AP 58(a) - (jika berkaitan)	☒	☒	☐
8 Salinan dokumen sokongan hendaklah ditandatangani dan diakui sah oleh:			
(i) Pegawai gred minimum 29 dan ke atas	☐	☒	☐

Untuk Kegunaan Bahagian Kewangan

Nama Penyemak & Tarikh

Sila cetak menggunakan kertas berwarna **KUNING**

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 (<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 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 Dihidapi 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