

**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/ pasport)  

2. No. Kad Pengenalan/ Pasport  

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
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)  

6. No. Kad Pengenalan/ 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

**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*