UNIVERSITI MALAYSIA KELANTAN	UMK/B02.00/07/2022 Pind. 2	Tarikh Kuatkuasa: 24 Januari 2022

BORANG TUNTUTAN BAYARAN RAWATAN DI KLINIK/ HOSPITAL SWASTA
PRIVATE CLINIC / HOSPITAL MEDICAL TREATMENT CLAIM FORM

PEJABAT PENDAFTAR
REGISTRAR OFFICE

Bahagian Pembangunan Organisasi
Pejabat Pendaftar
Organizational Development Division
Registrar Office

Tarikh / Date : _____

Tuan/Puan, / *Sir/Madam,*

TUNTUTAN BAYARAN RAWATAN DI KLINIK / HOSPITAL SWASTA / *PRIVATE CLINIC / HOSPITAL MEDICAL TREATMENT CLAIM FORM*

Merujuk kepada perkara di atas, saya / *Referring to the above matter,* I _____
No Kad Pengenalan / *Identity Card No*. _____ No. Staf / *No. Staff* _____ dari / *from* *
Fakulti/Pejabat/Pusat/Unit/Bahagian / *Faculty/Department/Centre/Unit/Division*
_____ ingin memohon tuntutan rawatan perubatan / *wish to apply for medical treatment claim.*

2. *Saya / Isteri / Suami / Anak saya telah mendapat rawatan di * Klinik/Hospital **I / My wife / My husband / My kid has received medical treatment at * Clinic/Hospital* _____
_____ pada tarikh */ date*_____

3. Saya tidak membuat rawatan di klinik panel UMK atau di klinik / hospital kerajaan berdekatan kerana (sebab)/ *I did not seek medical treatment at UMK panel clinic or nearby government clinic/hospital because (reason*)_____
_____

4. Bersama-sama ini dilampirkan resit-resit berkaitan untuk tindakan pihak tuan/puan yang berjumlah / *Attached herewith are the related receipts for your further actions amounted RM* _____.

Saya mengaku bahawa tuntutan ini adalah benar /
I declare that this claim is true.

Terima kasih / *Thank you* .
Yang benar / *Regards*

_____
(samb / *cont.*)

* *Potong yang tidak berkenaan /*
Delete whichever is not applicable

SOKONGAN KETUA PTJ / BAHAGIAN / UNIT
RECOMMENDATION OF HEAD OF PTJ / DIVISION / UNIT

Permohonan ini * disokong / tidak disokong / *This claim is * recommended / not recommended*

Tandatangan / *Signature* :

Cop Jawatan /*Position Stamp* :

Tarikh / *Date* :

Perhatian / *Attention :*

1) Sila lampirkan resit asal dan laporan pemeriksaan doctor / Please attach the original receipt and medical report.

2) Setiap tuntutan mestilah diperakukan oleh ketua PTJ bagi tujuan pembayaran / Every claim must be verified by the head of PTj for the payment purposes

3) Borang yang tidak diisi dengan lengkap akan dikembalikan / Incomplete form will be returned.

4) Sekiranya mendapatkan rawatan semasa tugas rasmi di luar Kelantan, mohon kepilkan bersama dokumen / Please attach the related document if you sought for medical treatment while on official duty outside of Kelantan.

UNTUK KEGUNAAN PEJABAT PENDAFTAR / *FOR REGISTRAR OFFICE USE*

Catatan / *Notes* :

_____
_____
_____
_____

KELULUSAN BAYARAN
PAYMENT APPROVAL

☐ Diluluskan untuk bayaran
Approved for payment

☐ Tidak diluluskan
Not approved

Ulasan Pegawai / *Officer's Comment*:

_____
_____
_____
_____

Tandatangan & Cop/ Signature & Stamp:

Jumlah tuntutan yang diluluskan / *Amount of Approved Claim*: RM_____

Tampalkan resit dari klinik / hospital disini / Please paste the clinic / hospital receipt here

Disahkan oleh / *Verified by*:

_____

Tandatangan & Cop /*Signature & Stamp*
Ketua PTJ/Ketua Bahagian/Ketua Unit / *Head of PTJ / Head of Division / Head of Unit*