



UMK/B02.00/05/2025

Tarikh Kkuatkuasa: 17 Februari 2025

**BORANG PENGISYTIHARAN TANGGUNGAN BERADA DI LUAR KAWASAN**  
**DEPENDENT DECLARATION FORM OUTSIDE THE AREA**  
**PEJABAT PENDAFTAR**  
**REGISTRAR OFFICE**

**1. MAKLUMAT STAF / STAFF DETAIL**

Nama / Name : \_\_\_\_\_  
No. Staf / No. Staff : \_\_\_\_\_  
Jawatan / Position : \_\_\_\_\_  
PTj / Dept : \_\_\_\_\_

**2. MAKLUMAT TANGGUNGAN / DEPENDANT DETAILS**

Bil/ No.	Nama Name	No K/P IC	Hubungan Relationship	Alamat Address
1.				
2.				
3.				

\* Sila gunakan lampiran jika ruang tidak mencukupi / Please use an attachment if the space is insufficient.

Saya dengan ini mengisytiharkan bahawa tanggungan saya berada di luar kawasan. Sehubungan itu, saya memohon supaya dibenarkan tanggungan saya mendapatkan rawatan perubatan di klinik bukan panel yang berhampiran dengan tempat tinggal tanggungan.

*I hereby declare that my dependents are outside the area. In this regard, I request that my dependent be allowed to receive medical treatment at a non-panel clinic near the dependent's place of residence.*

Sebab/Alasan / Reason:

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

Tarikh / Date: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Tandatangan Pemohon  
Applicant's Signature

**PENGESAHAN KETUA PUSAT TANGGUNGJAWAB (PTJ) /  
CONFIRMATION OF HEAD OF RESPONSIBILITY CENTER (PTJ)**

Saya dengan ini mengesahkan bahawa keterangan di atas adalah benar / tidak benar dan saya menyokong / tidak menyokong permohonan ini / I hereby confirm that the above statement is true / false and I support / do not support this application

Tarikh / Date : \_\_\_\_\_

Tandatangan & Cop / Signature & Stamp : \_\_\_\_\_

**KELULUSAN PEJABAT PENDAFTAR  
APPROVAL OF REGISTRAR OFFICE**

Permohonan di atas adalah diluluskan / tidak diluluskan /  
The above application is approved / not approved /

Tarikh / Date : \_\_\_\_\_

Tandatangan & Cop / Signature & Stamp : \_\_\_\_\_