



UNIVERSITI  
MALAYSIA  
KELANTAN

UMK/B02.00/17/2025 Pind. 1

Tarikh Kuatkuasa: 21 Oktober 2025

**BORANG TUNTUTAN BAYARAN PEMERIKSAAN KESIHATAN (X-RAY)  
MEDICAL CHECK UP (X-RAY) CLAIM FORM**

PEJABAT PENDAFTAR  
REGISTRAR OFFICE

Nama /Name	:	
No. Staf / Staff No	:	
Jawatan/ Position	:	
PTj/ Department	:	
No. Telefon / Phone No.	:	
Emel / Email	:	

**Perhatian / Attention:**

- 1) Sila lampirkan resit asal / Please attach the original receipt.
- 2) Setiap tuntutan mestilah diperakukan oleh ketua PTJ / Every claim must be certified by the head of PTJ.
- 3) Borang yang tidak diisi dengan lengkap akan dikembalikan / Forms that are not completed will be returned.

**UNTUK KEGUNAAN PEJABAT PENDAFTAR  
FOR THE USE OF THE REGISTRATION OFFICE**

**Catatan / Notes :**

<b>Jumlah Tuntutan Total of Claim</b>	
<b>Tuntutan Yang Diluluskan Approved Claims</b>	

**KELULUSAN BAYARAN  
PAYMENT APPROVAL**

Diluluskan untuk bayaran / Tidak diluluskan  
Approved for payment / Not approved

**Ulasan Pegawai / Officer Comments:**

---

---

---

**Tandatangan & Cop / Signature & Stamp:**

---

***Tampalkan resit dari klinik / hospital disini***  
***Paste the receipt from the clinic / hospital here***

**Disahkan oleh / *Verified by:***

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