



UMK/B02.00/18/2025 Pind. 1

Tarikh Kkuatkuasa: 21 Oktober 2025

**BORANG TUNTUTAN RAWATAN PERGIGIAN
DENTAL TREATMENT CLAIM FORM**

PEJABAT PENDAFTAR
REGISTRAR OFFICE

Nama Staf/ Staff Name	
No. Staff/ Staff Id	
Emel/ Email	
Jawatan/ Position	
Fakulti/ PTj / Faculty / PTj	
No Telefon/ Phone Number	

Seksyen Pembangunan Organisasi (SPO)
Bahagian Governan, Pejabat Pendaftar
Organizational Development Section
Governance Division, Registrar Office

Tarikh / Date :

Dengan hormatnya saya merujuk kepada perkara diatas/ *With all due respect, I refer the above matter.*

2. *Saya / Isteri / Suami / Anak saya yang bernama / / / *My wife / Husband / My Child named :*

telah mendapat rawatan di * Klinik/ Hospital / was treated at * Clinic / Hospital _____
_____ pada tarikh / date _____.

3. Bersama-sama ini dilampirkan resit-resit berjumlah RM _____ untuk Tindakan tuan/ puan. /

Herewith i attached the receipts amounted RM _____ for your action.

Saya mengaku bahawa tuntutan ini adalah benar / *I declare that this claim is true.* Terima kasih / *Thank you.*

Yang benar / *Yours sincerely,*

**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* :

(samb / cont.)

* Potong yang tidak berkenaan / *Delete where not applicable

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.
- 4) Jumlah tuntutan maksimum dalam setahun adalah sebanyak RM200.00 (Ringgit Malaysia Dua Ratus Sahaja) / The maximum claim amount in a year is RM200.00 (Ringgit Malaysia Two Hundred Only)

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

Catatan / Notes :

Jumlah Tuntutan Total of Claim	
Tuntutan Yang Diluluskan Approved Claims	
Baki Peruntukan Allocation Balance	

**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