



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 Pendaftaran
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_____

Tampilkan 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