



## LAMPIRAN SR.2.1.1(L)

Borang Perubatan 3/09

### PERMOHONAN PERBELANJAAN KEMUDAHAN PERUBATAN DI BAWAH PEKELILING PERKHIDMATAN BILANGAN 21 TAHUN 2009

#### RAWATAN DI LUAR NEGERI

**Arahan :** i. Maklumat hendaklah dilengkapkan dengan **jelas** dan menggunakan **huruf besar**.  
ii. Sila rujuk **panduan** yang disediakan bagi butiran yang berkaitan.

#### BAHAGIAN I

##### Butiran Diri Pegawai/Pesara

1. Nama Penuh (*seperti dalam kad pengenalan/pasport/sijil kelahiran*)

[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

2. No. Kad Pengenalan/Pasport/Sijil Kelahiran

[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

3. Skim Perkhidmatan/Gred

##### Butiran Diri Pesakit (*sekiranya pesakit bukan pegawai/pesara*)

4. Nama Penuh (*seperti dalam kad pengenalan/pasport/sijil kelahiran*)

[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

5. No. Kad Pengenalan/Pasport/Sijil Kelahiran

[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

6. Hubungan Pesakit dengan Pegawai/Pesara

7. Maklumat Tambahan Bagi Anak

i. Umur

[ ]	Tahun
[ ]	Ya
[ ]	Ya

ii. Daif

[ ]	Bulan
[ ]	Tidak
[ ]	Tidak

iii. Masih Bersekolah

#### BAHAGIAN II

##### Butiran Rawatan dan Tuntutan Perbelanjaan

8. Nama Jenis Penyakit yang Dihadapi oleh Pesakit

---

9. Nama/Jenis Rawatan yang Diperakukan kepada Pesakit

---

10. Tempat Rawatan yang Disyorkan (*nama dan alamat hospital di luar negara*)

---

11. Tarikh Rawatan (*jangkaan*) : \_\_\_\_\_ hingga \_\_\_\_\_  
12. Keperluan untuk Membawa Pengiring (*perakuan Lembaga Perubatan*)  
 Ya      Tidak

13. Nama Pengiring (*sekiranya diperakukan oleh Lembaga Perubatan*)

[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

14. Hubungan Pengiring dengan Pesakit

---



15. Anggaran Kos Rawatan : RM \_\_\_\_\_
16. Tambang Kapal Terbang Kelas Ekonomi (*perjalanan pergi dan pulang*)  
i. Pesakit : RM \_\_\_\_\_  
ii. Pengiring : RM \_\_\_\_\_
17. Dokumen Sokongan yang Disertakan  
 Laporan Lembaga Perubatan  
 Surat Perakuan Ketua Pengarah Kesihatan Malaysia  
 Surat Pengesahan Pegawai/Pakar Perubatan Kerajaan  
 Lain-lain Dokumen (*sekiranya perlu*)  
 Dokumen Kewangan (*contoh: resit, invoice, sebut harga atau dokumen kewangan lain yang berkaitan*)

### BAHAGIAN III

24. Pengesahan Pegawai/Pesara

“Saya dengan ini mengesahkan bahawa maklumat sebagaimana yang dinyatakan di **Bahagian I** dan **Bahagian II** di atas adalah benar belaka. Berkaitan itu, saya memohon supaya perbelanjaan bagi maksud kemudahan perubatan yang diperoleh sebanyak RM ..... adalah ditanggung oleh Kerajaan.”

Tandatangan \_\_\_\_\_  
(*nama penuh*)

Tarikh \_\_\_\_\_

### BAHAGIAN V

20. Pengesahan dan Keputusan Ketua Jabatan

“Saya dengan ini mengesahkan bahawa pemohon pegawai/pesara mematuhi syarat-syarat dan peraturan-peraturan sebagaimana yang ditetapkan dalam Perintah Am Bab F Tahun 1974 dan Pekeliling Perkhidmatan Bilangan 21 Tahun 2009. Berkaitan itu, permohonan perbelanjaan bagi maksud kemudahan perubatan yang diperoleh sebanyak RM ..... adalah \*DISOKONG/TIDAK DISOKONG.”

Tandatangan \_\_\_\_\_  
(*nama penuh*)  
Jawatan \_\_\_\_\_  
Tarikh \_\_\_\_\_  
*\*potong mana yang tidak berkenaan*

Nama & Cop Rasmi