





13. Dokumen Sokongan yang Disertakan

	Surat Pengesahan Pegawai/Pakar Perubatan
	Surat Pengesahan Kementerian Kesihatan Malaysia
	Surat Ketua Pengarah Kementerian Kesihatan Malaysia
	Surat Pengesahan Institusi Pendidikan/Pengajian Tinggi
	Dokumen Kewangan ( <i>contoh: resit, invois, sebut harga atau dokumen kewangan lain yang berkaitan</i> )

**BAHAGIAN III**

14. 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 IV**

**Perakuan dan Pengesahan oleh Pegawai/Pakar Perubatan Kerajaan** (*sila gunakan lampiran sekiranya perlu*)

15. Nama Jenis Penyakit yang Dihidapi oleh Pesakit

---

16. Nama atau Jenis Ubat/Alat/Perkhidmatan Perubatan yang Diperlukan oleh Pesakit

---

17. Sebab-sebab Ubat/Alat/Perkhidmatan Perubatan yang Diperlukan oleh Pesakit Tanpa Dapat Dibekal/ Disediakan oleh Hospital/Klinik Kerajaan

---

18. Perakuan dan Pengesahan Pegawai/Pakar Perubatan Kerajaan

“Saya dengan ini memperakukan bahawa kemudahan perubatan seperti **di butiran 16** di atas diperlukan oleh pesakit berdasarkan penyakit yang dihidapinya. Saya juga mengesahkan bahawa kemudahan perubatan berkenaan tidak dapat dibeli/disediakan oleh pihak hospital/klinik atas sebab-sebab seperti yang dinyatakan dalam **butiran 17** di atas.”

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

Nama & Cop Rasmi Pegawai/Pakar Perubatan

Jawatan \_\_\_\_\_  
Tarikh \_\_\_\_\_

**BAHAGIAN V**

**Kelulusan Penggunaan Perubatan** (*ubat yang tidak disenaraikan dalam senarai ubat-ubatan KKM/hospital universiti sahaja*)

19. Kelulusan Penggunaan Ubat oleh Kementerian Kesihatan Malaysia/Pengarah Hospital Universiti

“Penggunaan ubatan yang **tidak disenaraikan** dalam senarai ubat-ubatan Kementerian Kesihatan Malaysia/hospital universiti seperti di **butiran 16** di atas adalah \*DILULUSKAN/TIDAK DILULUSKAN.”

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

Cop Rasmi KKM/Pengarah Hospital Universiti

Jawatan \_\_\_\_\_  
Tarikh \_\_\_\_\_

*\*potong mana yang tidak berkenaan*



## BAHAGIAN VI

### 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  
\*DILULUSKAN/TIDAK DILULUSKAN.”

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

Jawatan \_\_\_\_\_  
Tarikh \_\_\_\_\_

Nama & Cop Rasmi

*\*potong mana yang tidak berkenaan*