



# LAPORAN PENYAKIT KHIDMAT

PKS: (P) 68

## PERKESO

(Perlu dilengkapkan di dalam tiga salinan. Salinan asal perlu dihantar kepada Pejabat Termination PERKESO. Salinan kedua perlu dihantar kepada hospital/kllinik panel. Salinan ketiga perlu disimpan oleh majikan.)

|                      |  |  |  |
|----------------------|--|--|--|
| No. Pendaftaran      |  |  |  |
| Untuk Kegunaan Rasmi |  |  |  |
|                      |  |  |  |

1. (a) Nama Perusahaan ..... No. Kod Majikan

(b) Alamat ..... 

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

(c) No. Telefon 

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

(d) Jenis Perusahaan .....

2. (a) Nama Orang Berinsurans .....

(b) Alamat Kediaman .....

(c) No. KPPN: 

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

(d) No. Pendaftaran Kes. Sosial: 

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

(e) Umur 

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

(f) Jantina 

|   |
|---|
| L |
|---|

|   |
|---|
| P |
|---|

(g) Pekerjaan .....

(h) Keterangan ringkas mengenai tugas Orang Berinsurans termasuk cara/takat pendedahan kepada bahaya:  
.....  
.....

(i) Tarikh mula kerja: 

|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|

 Tarikh berhenti kerja: 

|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|

 (jika ada)

3. Jenis penyakit yang dihadapi .....

.....

4. Nama dan alamat hospital/kllinik yang merawat Orang Berinsurans  
.....

Saya mengesahkan bahawa sepanjang pengetahuan dan kepercayaan saya semua maklumat tersebut di atas adalah benar.

.....  
Tarikh

.....  
Nama, Tandatangan dan Cop Majikan

Sila lampirkan sijil sakit/sijil cuti sakit/laporan perubatan.