



PERKESO

TUNTUTAN BAYARAN GANTI BELANJA (RAWATAN PERUBATAN)

Nama Orang Berinsurans: _____

Alamat Orang Berinsurans: _____

No. KPPN:

No. Pend. Kes. Sosial:

Tarikh Bencana Kerja: Waktu Bencana Kerja: _____

Nama dan Alamat Klinik/Hospital: _____

Jenis Bencana: _____

Tempoh Rawatan: Dari _____ Hingga _____

Jumlah Kos Rawatan Perubatan Yang Dilakukan: RM _____

Nama dan Alamat Majikan: _____

Kod Majikan:

Saya _____ (pihak menuntut), menuntut bayaran ganti belanja sebanyak RM _____ mengikut Peraturan-Peraturan (Am) Keselamatan Sosial Pekerja 1971 seperti bil/resit yang disertakan. Sebab tuntutan bayaran ganti belanja itu adalah seperti berikut:

Saya dengan ini memperakui bahawa butir-butir tersebut di atas adalah benar.

Tarikh _____
Tandatangan Pihak Menuntut

Sila keluarkan cek di atas nama saya/majikan. (Potong mana tidak berkenaan).

UNTUK KEGUNAAN PEJABAT PERKESO

Saya dengan ini mengesahkan bahawa:

- (i) Tuntutan itu telah disemak dan jumlah sebanyak RM _____ adalah diluluskan.
- (ii) Klinik/Hospital tidak memasukkan kos perubatan ini dalam mana-mana bil perubatan yang dikemukakan kepada PERKESO untuk pembayaran.

Dikemukakan ke Ibu Pejabat untuk keputusan atas sebab berikut: _____

Tarikh

UNTUK KEGUNAAN IBU PEJABAT PERKESO

Tuntutan sebanyak RM _____ diluluskan.

Tarikh _____
Tandatangan Pegawai Yang Meluluskan