

**LAMPIRAN BIL / INVOIS DAN RESIT BAYARAN PENGELUARAN KESIHATAN***Ahli MESTI melengkapkan lampiran ini sekiranya tuntutan bayaran ('reimbursement') kepada ahli*

NAMA PESAKIT : \_\_\_\_\_

NO KP 12 DIGIT PESAKIT / PASPORT : \_\_\_\_\_

*(jika warganegara / jika bukan warganegara)*

BIL	BIL/INVOIS			RESIT BAYARAN		
	NO. BIL / INVOIS	TARIKH	AMAUN (RM)	NO. RESIT	TARIKH	AMAUN (RM)
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
	<b>JUMLAH KESELURUHAN BIL / INVOIS</b>			<b>JUMLAH KESELURUHAN RESIT BAYARAN</b>		

**PENGESAHAN AHLI :**

1. Saya mengaku bahawa akan bertanggungjawab di atas permohonan ini sekiranya berlaku sebarang kesilapan bayaran jumlah tuntutan yang dinyatakan di dalam lampiran ini.
2. KWSP berhak meminda sebarang tuntutan bayaran sekiranya didapati tidak memenuhi syarat-syarat di bawah Pengeluaran Kesihatan.
3. Maklumat yang dinyatakan adalah benar dan saya bertanggungjawab atas kenyataan yang diberikan.

Tandatangan Ahli : \_\_\_\_\_

Nama Ahli : \_\_\_\_\_

Tarikh : \_\_\_\_\_