

PENGELUARAN KESIHATAN KWSP

SURAT PENGESAHAN PEMBAYARAN KOS RAWATAN DAN KEBENARAN MEMOHON PENGELUARAN

Nama Pesakit :

Nombor K/P Pesakit :

Nama Institusi Perubatan :

Jumlah Kos Rawatan/Peralatan : RM.....

PENGESAHAN PEMBAYARAN KOS RAWATAN DAN KEBENARAN

Saya(Penama bil/resit).....(no K/P) mengesahkan perkara berikut:

(i) Saya/Pesakit* telah menerima rawatan sebagaimana di atas bagi penyakit.....
(* Potong mana yang tidak dikenakan)

(ii) Keseluruhan/Sebahagian bayaran bagi kos rawatan/peralatan kesihatan di atas telah dijelaskan oleh:

Saya sendiri

Nama: No K/P : Hubungan pertalian :

Nama: No K/P : Hubungan pertalian:

Nama: No K/P : Hubungan pertalian:

(Sila tanda \surd pada kotak yang berkenaan)

(Dengan Pesakit)

(iii) Saya dengan ini memberi kebenaran kepada penama di bawah untuk membuat permohonan Pengeluaran Kesihatan KWSP menggunakan bil/resit yang telah dikeluarkan oleh Institusi Perubatan/Pembekal Peralatan Kesihatan di atas nama saya dan tidak akan membuat sebarang tuntutan Pengeluaran KWSP bagi bil/resit yang sama.

Nama :

No Kad Pengenalan :

Hubungan pertalian :

(Dengan Pesakit)

.....

(Tandatangan Penama Bil/Resit)

Nama:.....

Tarikh: