



KEMENTERIAN KESIHATAN MALAYSIA
HOSPITAL TENGKU AMPUAN RAHIMAH

MEMO
UNIT AKAUN DAN BELANJAWAN

Kepada : Ketua Unit Teknologi Maklumat
Daripada : Timbalan Pengarah Pengurusan
Rujukan : HTAR 410/01 Jld. 19 Bil (94)
Tarikh : 28 Mac 2025
Perkara : **PERMOHONAN PERBELANJAAN KEMUDAHAN PERUBATAN DI BAWAH PEKELILING PERKHIDMATAN SUMBER MANUSIA CERAIAN SR.2 – BORANG PERUBATAN 1/09**

Tuan,

Dengan segala hormatnya saya diarah merujuk kepada perkara di atas dan Pekeliling Perkhidmatan Sumber Manusia Perbelanjaan Kemudahan Perubatan adalah berkaitan.

2. Adalah dimaklumkan Jabatan Perkhidmatan Awam (JPA) telah mengemaskini Borang Perubatan 1/09 bagi permohonan Perbelanjaan Kemudahan Perubatan di bawah Pekeliling Perkhidmatan Sumber Manusia Ceraian **SR.2.1.1 Lampiran SR.2.1.1(A)** berkuatkuasa **1 Disember 2024**.

3. Sehubungan dengan itu, Unit Akaun dan Belanjawan memohon kerjasama pihak tuan untuk memuat naik **Borang Perubatan 1/09 Lampiran SR.2.1.1(J)** di laman web rasmi HTAR, Klang. Bersama-sama ini dilampirkan borang tuntutan untuk tindakan pihak tuan selanjutnya. Sebarang pertanyaan boleh berhubung dengan **En. Sivananda a/l Muthulingam (1051)** dan **Pn. Rozita binti Ramli (1010)**.

4. Segala kerjasama dan perhatian tuan dalam perkara ini amatlah dihargai.

Sekian, terima kasih.


(SAGAYAMARY D.R. MERCER NELSON)
Emel : sagayamary@moh.gov.my
No sambungan : 1781
UAB/rozita

Borang Perubatan 1/09

**PERMOHONAN PERBELANJAAN KEMUDAHAN PERUBATAN DI BAWAH
PEKELILING PERKHIDMATAN SUMBER MANUSIA CERAIAAN SR.2**

**UBAT/ALAT/PERKHIDMATAN PERUBATAN/RAWATAN/
PEMERIKSAAN KESIHATAN ATAS ASAS KEPERLUAN PERKHIDMATAN/
VAKSIN ATAS ASAS KEPERLUAN PERKHIDMATAN**

Arahan: i. Maklumat hendaklah dilengkapi dengan **jelas** dan menggunakan **huruf besar**.
ii. Sila rujuk **panduan** yang disediakan bagi butiran yang berkaitan.

BAHAGIAN I

Butiran Diri Pegawai/Pesara

1. Nama Penuh (seperti dalam kad pengenalan/pasport/sijil kelahiran)

[illegible]

2. No. Kad Pengenalan/Pasport/Sijil Kelahiran

[illegible]

3. Skim Perkhidmatan/Gred

4. Pegawai di Bawah SSB/SSM
☐ Ya ☐ Tidak

Butiran Diri Pesakit *(sekiranya pesakit bukan pegawai/pesara)*

5. Nama Penuh (*seperti dalam kad pengenalan/pasport/sijil kelahiran*)

[illegible]

6. No. Kad Pengenalan/Pasport/Sijil Kelahiran

[illegible]

7. Hubungan Pesakit dengan Pegawai/Pesara

--	--

8. Maklumat Tambahan Bagi Anak

- | | | | | | |
|------|--------------------|----------------------|-----------|----------------------|-----------------|
| i. | Umur | <input type="text"/> | Tahun | <input type="text"/> | Bulan |
| ii. | Daif | <input type="text"/> | Ya | <input type="text"/> | Tidak |
| iii. | Masih Bersekolah | <input type="text"/> | Ya | <input type="text"/> | Tidak |
| iv. | Status Perkahwinan | <input type="text"/> | Berkahwin | <input type="text"/> | Tidak Berkahwin |

BAHAGIAN II

Butiran Rawatan dan Tuntutan Perbelanjaan

9. Rawatan di Hospital/Klinik Kerajaan
i. Nama & Alamat Hospital/Klinik Kerajaan

- ii. Tarikh Rawatan

--	--	--	--	--	--	--	--

(hari) (bulan) (tahun)

11. Kategori Tuntutan i.

--	--

 ii.

--	--

12. Senarai Tuntutan (sila gunakan lampiran sekiranya perlu)

- ## 10. Pembekal Kemudahan Perubatan

- i. Nama & Alamat Hospital/Agensi Swasta

- ii. Tarikh Kemudahan Perubatan Diperolehi

--	--	--	--	--	--	--	--

(hari) (bulan) (tahun)

- iii.

--	--

 iv.

--	--

- | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|-----|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 | 39 | 40 | 41 | 42 | 43 | 44 | 45 | 46 | 47 | 48 | 49 | 50 | 51 | 52 | 53 | 54 | 55 | 56 | 57 | 58 | 59 | 60 | 61 | 62 | 63 | 64 | 65 | 66 | 67 | 68 | 69 | 70 | 71 | 72 | 73 | 74 | 75 | 76 | 77 | 78 | 79 | 80 | 81 | 82 | 83 | 84 | 85 | 86 | 87 | 88 | 89 | 90 | 91 | 92 | 93 | 94 | 95 | 96 | 97 | 98 | 99 | 100 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|-----|

Bil.	Nama Ubat/ Alat/ Perkhidmatan Perubatan/ Rawatan/ Pemeriksaan Kesihatan/ Vaksin	No. Rujukan Dokumen Kewangan	Harga (RM)



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
	Surat Arahan Ketua Jabatan (bagi keperluan menjalani pemeriksaan kesihatan atau mengambil vaksin)
	Dokumen Kewangan (<i>contoh: resit, invoice, 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/Pemeriksaan Kesihatan/Vaksin yang Diperlukan oleh Pesakit

17. Sebab-sebab Ubat/Alat/Perkhidmatan Perubatan/Pemeriksaan Kesihatan/Vaksin 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 Sumber Manusia, Ceraian SR.2. Berkaitan itu, permohonan perbelanjaan bagi maksud kemudahan perubatan yang diperoleh sebanyak **RM _____** adalah ***DILULUSKAN/TIDAK DILULUSKAN.**”

Tandatangan _____
(_____)
(nama penuh)

Nama & Cop Rasmi

Jawatan _____
Tarikh _____
**potong mana yang tidak berkenaan*