

A. Permohonan

Nomor Kartu Karyawan : _____

Nama Karyawan : _____

NIK : _____

Korporasi : _____

Lokasi Kerja : _____

Tanggal Masuk Berkas* : _____

No. Rekening* : _____

Nama Bank* : _____

Nama Penerima* : _____

No. Telp : _____

Pengobatan Atas Nama

Nomor Kartu Pasien : _____

Nama Pasien : _____

Tanggal Berobat : _____

Masuk : _____

Keluar : _____

B. PERINCIAN BIAYA

URAIAN PENGOBATAN	Pengajuan (Rp)	Disetujui (Rp)
1 RAWAT JALAN		
2 RAWAT INAP		
3 KASUS KHUSUS		
4 RAWAT GIGI		
5 PERSALINAN		
6 ALAT REHABILITASI		
JUMLAH TOTAL :		

Bandung, _____ 20____
Pemohon
