

**Formulir Permohonan Bantuan Kesehatan**

Sebab : ☐ Dental/Gigi ☐ Kel. Berencana (KB) ☐ Kacamata ☐ Kecelakaan/  
(harus diisi) Kecelakaan Kerja \* ☐ Lain-lain

Bantuan : ☐ Perusahaan ☐ YKKOI \*\*

Nama	
NIP	

Jabatan	
Cabang	

Jumlah Klaim	Rp. Terbilang : _____
--------------	--------------------------

Catatan
---------

Dibuat	Diketahui oleh : Atasan Langsung	Disetujui oleh : Kepala Divisi	Dibukukan	Dilaporkan ke Asuransi
--------	-------------------------------------	-----------------------------------	-----------	------------------------

\* Untuk kecelakaan dan kecelakaan kerja, mohon untuk menuliskan tempat dan tanggal kejadian pada kolom catatan.  
\*\* Dapat di klaim kepada YKKOI jika plafond dari perusahaan sudah habis.