

# FORMULIR PERMINTAAN PEMBUATAN / REVISI / PENGHAPUSAN FORMULIR


## DATA IDENTITAS PEMOHON

NIP : 17050295183  
 Nama Lengkap : Melan Meliana Nur Annisa  
 Unit/Divisi/Komite : Pendapatun  
 No. Telepon/Ext : 087771687520  
 E-mail : melianamelan@gmail.com

Tanggal : \_\_\_\_\_

## DATA FORMULIR TERKAIT

Jenis Permintaan Formulir : ☒ Buat Baru ☐ Revisi ☐ Penghapusan  
 Judul Formulir : Formulir Pengecekan Kendaraan Jaminan  
 No/Kode Formulir : 012/F/PEMO/IV/2024 (REV.00)  
 No/Kode RM\*\* : \_\_\_\_\_ (untuk form medis)  
 Bulan Revisi Terakhir : \_\_\_\_\_ Revisi ke- : \_\_\_\_\_

Logistik Formulir (diisi oleh petugas logistik)	
Jumlah stok formulir lama :	-
Buffer stock :	-
Proses PO :	-
Waktu :	-
Paraf 	

## Alasan Pembuatan/Perubahan Formulir

(data diisi menggunakan tambahan kertas lain jika diperlukan, berikan penjelasan secukupnya)

untuk menunjang pekerjaan Billing Rawat Inap dalam  
 melakukan pengecekan kendaraan jaminan

## Komponen Perubahan

(data diisi menggunakan tambahan kertas lain jika diperlukan, berikan penjelasan secukupnya)

Tanda Tangan  
Pemohon,


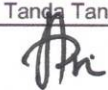
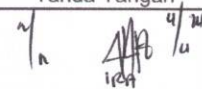


Tanda Tangan  
Penerima,



## Masukan/Saran

(data diisi menggunakan tambahan kertas lain jika diperlukan, berikan penjelasan secukupnya)

Logistik		Tanda Tangan	
Di cetak sesuai kebutuhan			
Atasan Langsung/Atasan Tidak Langsung		Tanda Tangan	
ACC.			
Panitia Rekam Medik**	Tanda Tangan	Unit/Divisi/Komite	Tanda Tangan
Rekam Medik**	Tanda Tangan	Kesekretariatan	Tanda Tangan
		ditindaklanjuti	
Manajer Pelayanan Medik/Keperawatan**	Tanda Tangan	Direktur	Tanda Tangan
		ACC	dr. Muhammad Hasan NIP. 21110183643

\*) Catatan : Wajib Melampirkan Draft

\*\*) Khusus untuk Formulir Rekam Medis

001/F/SEKRE/RSIH/IX/2022(Rev.01)

## FORMULIR PENGECEKAN KENDARAAN JAMINAN

- a) Merk Kendaraan :  
b) Tipe Kendaraan :  
c) Jenis Kendaraan :  
d) Model Kendaraan :  
e) Nomor Rangka atau Nomor Mesin :  
f) Warna Kendaraan :  
g) Nomor BPKB :  
h) STNK atas nama :  
i) BPKB atas nama :  
j) Masa Berakhir Pajak (STNK) :  
k) Kelengkapan Kendaraan :

	Ada	Tidak Ada	Keterangan
❖ STNK	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
❖ BPKB	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
❖ Spion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
❖ <i>Handle</i> Rem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
❖ Aki	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
❖ Tutup Pentil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
❖ Pegangan Gas Motor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
❖ Plat Nomor Depan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
❖ Plat Nomor Belakang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

l) Kondisi Kendaraan

Kondisi Kendaraan	Keterangan

Garut, 20

Pasien/Keluarga Pasien

Saksi

Petugas

( ) ( ) ( )

**TATA CARA PENGISIAN  
FORMULIR PENGECEKAN KENDARAAN JAMINAN  
012/F/PEND/IV/2024 (REV. 00)**

**1. PENGERTIAN**

**Jaminan adalah** suatu barang, harta, atau benda yang diberikan oleh debitur (Pasien/Keluarga Pasien) kepada kreditur (RS Intan Husada) dalam pengajuan suatu permohonan penundaan pembayaran tagihan biaya rawat inap

**2. TUJUAN**

Sebagai acuan dan langkah-langkah untuk tata laksana penyimpanan jaminan yang timbul dari penundaan pembayaran tagihan Perawatan Rawat Inap di Rumah Sakit Intan Husada..

**3. KEGUNAAN**

Formulir digunakan sebagai bukti tertulis terkait jaminan yang akan disimpan

**4. TANGGUNG JAWAB PELAKSANAAN**

Petugas *Billing* rawat inap

**5. MEKANISME PENGISIAN**

- a. Pengisian Merk Kendaraan diisi oleh Petugas *Billing* rawat inap
- b. Pengisian Tipe Kendaraan diisi oleh Petugas *Billing* Rawat Inap
- c. Pengisian Jenis Kendaraan diisi oleh Petugas *Billing* Rawat Inap
- d. Pengisian Model Kendaraan diisi oleh Petugas *Billing* Rawat Inap
- e. Pengisian Nomor Rangka dan Nomor Mesin diisi oleh Petugas *Billing* Rawat Inap
- f. Pengisian Warna Kendaraan diisi oleh Petugas *Billing* Rawat Inap
- g. Pengisian Nomor BPKB diisi oleh Petugas *Billing* Rawat Inap
- h. Pengisian STNK atas nama diisi oleh Petugas *Billing* Rawat Inap
- i. Pengisian BPKB atas nama diisi oleh Petugas *Billing* Rawat Inap
- j. Pengisian Masa Berakhir Pajak (STNK) diisi oleh Petugas *Billing* Rawat Inap
- k. Pengisian Kelengkapan Kendaraan diisi oleh Petugas *Billing* Rawat Inap
- l. Pengisian Kondisi Kendaraan diisi oleh Petugas *Billing* Rawat Inap
- m. Pengisian Garut, 20 diisi oleh Pasien/Keluarga pasien
- n. Pengisian tanda tangan Pasien/Keluarga pasien diisi oleh pasien/keluarga pasien
- o. Pengisian tanda tangan saksi diisi oleh petugas parkir/security
- p. Pengisian tanda tangan petugas diisi oleh petugas billing rawat inap

## 6. CARA PENGISIAN

Item yang diisi	Cara Pengisian	Yang Mengisi
Merk Kendaraan	Diisi Oleh huruf sesuai dengan yang tertera pada STNK dan Fisik kendaraan	Diisi oleh <i>Billing</i> Rawat Inap
Jenis Kendaraan	Diisi Oleh huruf sesuai dengan yang tertera pada STNK	Diisi oleh <i>Billing</i> Rawat Inap
Model Kendaraan	Diisi Oleh huruf sesuai dengan yang tertera pada STNK	Diisi oleh <i>Billing</i> Rawat Inap
Nomor Rangka dan Nomor Mesin	Diisi Oleh angka sesuai dengan yang tertera pada STNK dan kendaraan	Diisi oleh <i>Billing</i> Rawat Inap
Warna Kendaraan	Diisi Oleh huruf sesuai dengan yang tertera pada STNK dan kendaraan	Diisi oleh <i>Billing</i> Rawat Inap
Nomor BPKB	Diisi Oleh huruf sesuai dengan yang tertera pada STNK dan BPKB	Diisi oleh <i>Billing</i> Rawat Inap
STNK atas nama	Diisi oleh huruf sesuai dengan nama yang tertera pada STNK	Diisi oleh <i>Billing</i> Rawat Inap
BPKB atas nama	Diisi oleh huruf sesuai dengan nama yang tertera pada BPKB	Diisi oleh <i>Billing</i> Rawat Inap
Masa Berakhir Pajak (STNK)	Diisi oleh Huruf dan Angka sesuai dengan yang tertera di BPKB	Diisi oleh <i>Billing</i> Rawat Inap
Kelengkapan Kendaraan	Diisi Oleh dengan cara memberikan ceklis pada kolom sesuai dengan kendaraan jaminan	Diisi oleh <i>Billing</i> Rawat Inap
Kondisi Kendaraan	Diisi Oleh huruf sesuai dengan keadaan kendaraan jamminan	Diisi oleh <i>Billing</i> Rawat Inap

Garut, 20	Diisi oleh angka dan huruf sesuai dengan tanggal, bulan dan tahun yang terjadi pada saat ini	Diisi oleh pasien/keluarga pasien
Tanda tangan pasien/keluarga pasien	Diisi dengan lambang tertulis untuk tanda tangan pasien dan untuk nama jelas diisi dengan huruf	Diisi oleh pasien/keluarga pasien
Tanda tangan saksi	Diisi dengan lambang tertulis untuk tanda tangan pasien dan untuk nama jelas diisi dengan huruf	Diisi oleh petugas parkir atau security
Tanda tangan petugas	Diisi dengan lambang tertulis untuk tanda tangan pasien dan untuk nama jelas diisi dengan huruf	Diisi oleh petugas billing rawat inap