

FORM KLAIM JAMINAN PEMELIHARAAN KESEHATAN						
Nama Karyawan : _____						
NIK : _____						
Beban PT : _____						
Jabatan : _____						
Department : _____						
No.	Tanggal Kwitansi	Nama Pasien	Status K/I/A1/A2/A3	Diagnosa Dokter	Nilai Klaim	Komentar Human Capital Department (Memenuhi Syarat/Tidak Memenuhi Syarat)
1						
2						
3						
4						
5						
6						
TOTAL KLAIM						
Keterangan :						
* Klaim pengobatan dan/atau perawatan RS diajukan selambat-lambatnya tanggal 15 setiap bulannya;						
* Klaim pengobatan dan/atau perawatan RS yang diajukan diatas tanggal 15 setiap bulannya, maka akan dibayarkan pada periode gaji bulan berikutnya;						
* Klaim biaya Rawat Jalan dan Rawat Inap harus diajukan dalam waktu 1 bulan terhitung sejak tanggal kwitansi;						
* Beban PT diisi sesuai dengan Offering Letter atau Cost Center masing-masing karyawan;						
<div style="display: flex; justify-content: space-between; padding: 10px;"> Disetujui Oleh, Diperiksa oleh, Diketahui oleh, Diajukan oleh, </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> _____ _____ _____ _____ </div>						
FORM KLAIM JAMINAN PEMELIHARAAN KESEHATAN						
Nama Karyawan : _____						
NIK : _____						
Beban PT : _____						
Jabatan : _____						
Department : _____						
No.	Tanggal Kwitansi	Nama Pasien	Status K/I/A1/A2/A3	Diagnosa Dokter	Nilai Klaim	Komentar Human Capital Department (Memenuhi Syarat/Tidak Memenuhi Syarat)
1						
2						
3						
4						
5						
6						
TOTAL KLAIM						
Keterangan :						
* Klaim pengobatan dan/atau perawatan RS diajukan selambat-lambatnya tanggal 15 setiap bulannya;						
* Klaim pengobatan dan/atau perawatan RS yang diajukan diatas tanggal 15 setiap bulannya, maka akan dibayarkan pada periode gaji bulan berikutnya;						
* Klaim biaya Rawat Jalan dan Rawat Inap harus diajukan dalam waktu 1 bulan terhitung sejak tanggal kwitansi;						
* Beban PT diisi sesuai dengan Offering Letter atau Cost Center masing-masing karyawan;						
<div style="display: flex; justify-content: space-between; padding: 10px;"> Disetujui Oleh, Diperiksa oleh, Diketahui oleh, Diajukan oleh, </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> _____ _____ _____ _____ </div>						

Nama Karyawan	:
NIK	:
Beban PT	:
Jabatan	:
Department	:

No.	Tanggal Kwitansi	Nama Pasien	Status K/I/A1/A2/A3	Diagnosa Dokter	Nilai Klaim	Komentar Human Capital Department (Memenuhi Syarat/Tidak Memenuhi Syarat)
1						
2						
3						
4						
5						
6						
TOTAL KLAIM						

- * Klaim pengobatan dan/atau perawatan RS diajukan selambat-lambatnya tanggal 15 setiap bulannya;
- * Klaim pengobatan dan/atau perawatan RS yang diajukan diatas tanggal 15 setiap bulannya, maka akan dibayarkan pada periode gaji bulan berikutnya;
- * Klaim biaya Rawat Jalan dan Rawat Inap harus diajukan dalam waktu 1 bulan terhitung sejak tanggal kwitansi;
- * Beban PT diisi sesuai dengan Offering Letter atau Cost Center masing-masing karyawan;

Disetujui Oleh, Diperiksa oleh, Diketahui oleh, Diajukan oleh,

FORM KLAIM JAMINAN PEMELIHARAAN KESEHATAN						
Nama Karyawan : _____						
NIK : _____						
Beban PT : _____						
Jabatan : _____						
Department : _____						
No.	Tanggal Kwitansi	Nama Pasien	Status K/I/A1/A2/A3	Diagnosa Dokter	Nilai Klaim	Komentar Human Capital Department (Memenuhi Syarat/Tidak Memenuhi Syarat)
1						
2						
3						
4						
5						
6						
TOTAL KLAIM						
Keterangan : * Klaim pengobatan dan/atau perawatan RS diajukan selambat-lambatnya tanggal 15 setiap bulannya; * Klaim pengobatan dan/atau perawatan RS yang diajukan diatas tanggal 15 setiap bulannya, maka akan dibayarkan pada periode gaji bulan berikutnya; * Klaim biaya Rawat Jalan dan Rawat Inap harus diajukan dalam waktu 1 bulan terhitung sejak tanggal kwitansi; * Beban PT diisi sesuai dengan Offering Letter atau Cost Center masing-masing karyawan;						
Disetujui Oleh,		Diperiksa oleh,		Diketahui oleh,		Diajukan oleh,
_____		_____		_____		_____

Nama Karyawan	:
NIK	:
Beban PT	:
Jabatan	:
Department	:

No.	Tanggal Kwitansi	Nama Pasien	Status K/I/A1/A2/A3	Diagnosa Dokter	Nilai Klaim	Komentar Human Capital Department (Memenuhi Syarat/Tidak Memenuhi Syarat)
1						
2						
3						
4						
5						
6						
TOTAL KLAIM						

- * Klaim pengobatan dan/atau perawatan RS diajukan selambat-lambatnya tanggal 15 setiap bulannya;
- * Klaim pengobatan dan/atau perawatan RS yang diajukan diatas tanggal 15 setiap bulannya, maka akan dibayarkan pada periode gaji bulan berikutnya;
- * Klaim biaya Rawat Jalan dan Rawat Inap harus diajukan dalam waktu 1 bulan terhitung sejak tanggal kwitansi;
- * Beban PT diisi sesuai dengan Offering Letter atau Cost Center masing-masing karyawan;

Disetujui Oleh, Diperiksa oleh, Diketahui oleh, Diajukan oleh,