

BANTUAN BIAYA PENGOBATAN **MEDICAL EXPENSE ASSISTANCE**

<p><u>Nama Karyawan</u> Employee's Name : _____</p> <p><u>Departemen</u> Department : _____</p> <p><u>No. Karyawan</u> Employee ID No. : _____</p> <p><u>Jabatan</u> Job Title : _____</p>	<p><u>Hubungan Pasien</u> Relationship : <input type="checkbox"/> <u>Karyawan</u> Employee</p> <p><input type="checkbox"/> <u>Tanggungans Sah</u> Authorized Dependent</p> <p><u>Jenis Perawatan</u> Medical Treatment : <input type="checkbox"/> <u>Rawat Jalan</u> Outpatient</p> <p><input type="checkbox"/> <u>Rawat Inap</u> Inpatient (Non-GOP)</p> <p><input type="checkbox"/> <u>Kacamata</u> Eyeglasses</p> <p><input type="checkbox"/> <u>Melahirkan</u> Maternity</p>
--	--

No.	Tanggal Date	Nama Pasien Patient's Name	Keterangan Descriptions	Jumlah Amount (IDR)
Total				

Diajukan oleh
Submitted by

Tanda Tangan
Signature

Nama
Name

Tanggal
Date

Diperiksa oleh
Checked by

Tanda Tangan
Signature

Nama
Name

Tanggal
Date

Diverifikasi oleh
Verified by

Tanda Tangan
Signature

Nama
Name

Tanggal
Date

Disetujui oleh
Approved by

Tanda Tangan
Signature

Nama
Name

Tanggal
Date