



KEMENTERIAN KESIHATAN MALAY SIA
HOSPITAL PAKAR SULTANAH FATIMAH, MUAR

**SENARAI PENGHANTARAN DOKUMEN TUNTUTAN BAYARAN KE UNIT KEWANGAN, HPSF
BAGI BULAN _____ 2026**

JABATAN / UNIT : _____

NO.	NAMA PEGAWAI YANG MENUNTUT	JENIS TUNTUTAN										
		ELM	TNT	ETAP	LOCUM	APC	BIPEHS	KASUT	BUJ	CAJ TELEFON	LAPORAN PERUBATAN	LAIN-LAIN (nyatakan)
1.												
2.												
3.												
4.												
5.												
6.												
7.												
8.												
9.												
10.												
11.												
12.												
13.												
14.												
15.												
16.												
17.												
18.												
19.												
20.												
21.												
22.												
23.												
24.												
25.												
26.												
27.												
28.												
29.												
30.												

Dengan ini saya mengesahkan senarai nama seperti di atas sahaja yang membuat tuntutan bagi bulan tersebut.

(Sila tandakan (/) pada kotak di atas)

Disahkan oleh :

Tandatangan :

Nama :

Jawatan :

Tarikh :

Pengesahan oleh Unit Kewangan

Tandatangan :

Nama :

Jawatan :

Tarikh :