Hal : **Pengajuan Bantuan Biaya Kesehatan (Rawat Inap Keluarga Pegawai)**

Kepada Yth.

**Tim Program Bantuan Biaya Kesehatan**

Universitas Muhammadiyah Yogyakarta

Di Yogyakarta

*Assalamua’alaikumWr. Wb.*

Kami yang bertandatangan di bawah ini, mohon dapat diberikan Bantuan Biaya Kesehatan Keluarga Pegawai sebagai berikut :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nama | : | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Fakultas / Unit | : | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| NIK / NBM | : | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Alamat  | : | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | : | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| HP/Telepon  | : | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| NamaTertanggung | : | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Status Keluarga | :  | Anak Kandung / Suami / Istri \* |
| Di Rumah Sakit | : | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Selama | : | \_\_ | Hari,dari tanggal : | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Nama Penyakit | : | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Bersama ini pula kami lampirkan kwitansi / bukti pembayaran Rawat Inap yang asli.

Demikian hal ini kami sampaikan, atas perhatiannya diucapkan terimakasih.

*Wassalamu’alaikumWr. Wb.*

|  |
| --- |
|  |
|

|  |
| --- |
|  Yogyakarta, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|

|  |  |
| --- | --- |
| Mengetahui,Kepala LPK SDMDr. Adhianty Nurjanah, Sos., M.Si.NIK : 19781204201210 163 125 |  Yang mengajukan ( \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_ ) |
|  |  |

 |

 |
|  |
| Hal | : | **Pernyataan Rawat Inap tanpa BPJS Kesehatan** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Kepada | : |  |
| Yth. | : | **Tim Program Bantuan Biaya Kesehatan**Universitas Muhammadiyah Yogyakarta Di – Yogyakarta. Dengan hormat berkaitan dengan pengajuan Bantuan Biaya Kesehatan Keluarga Pegawai Universitas Muhammadiyah Yogyakarta sebagaimana dalam lampiran surat ini, bahwa keluarga pegawai UMY tidak menggunakan fasilitas BPJS dikarenakan : 1. …………………………………………………………………
2. …………………………………………………………………
3. …………………………………………………………………
4. …………………………………………………………………

Demikian surat pernyataan ini kami sampaikan, atas perhatiannya diucapkan terimakasihYogyakarta ,…………………………Kepala LPK SDM UMY Yang menyatakanDr. Adhianty Nurjanah, Sos., M.Si. ( …………………………….)NIK . 19781204201210 163 125MenyetujuiWakil Rektor Bidang SDMProf. Dr. Nano Prawoto, S.E., M.Si.NIK . 19660604199202 143 016 |
|  |  |  |