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 SDM  Dr. 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 terimakasih    Yogyakarta ,…………………………  Kepala LPK SDM UMY Yang menyatakan  Dr. Adhianty Nurjanah, Sos., M.Si. ( …………………………….)  NIK . 19781204201210 163 125  Menyetujui  Wakil Rektor Bidang SDM  Prof. Dr. Nano Prawoto, S.E., M.Si.  NIK . 19660604199202 143 016 |
|  |  |  |