



Lembaran Bayaran Balik Sesi Fisioterapi

No.	Tarikh Sesi	Nama Ahli Fisioterapi	Cop & Tandatangan Ahli Fisioterapi	Kos setiap Sesi (RM)	Tandatangan Pesakit
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					

Ringkasan: Jumlah Tuntutan (RM): _____

Pengesahan Pesakit

Saya dengan ini mengesahkan bahawa maklumat di atas adalah benar dan betul, dan saya telah menghadiri sesi fisioterapi seperti yang dinyatakan.

Nama Penuh Orang Yang Diinsuranskan/Dilindungi

Nama Penuh Orang Yang Diinsuranskan/ Dilindungi:	
Nombor Kad Pengenalan Orang Yang Diinsuranskan/ Dilindungi:	
Tandatangan Orang Yang Diinsuranskan/ Dilindungi:	
Tarikh:	