

Nama Pesakit .....

No. Bil.....

No. Daftar (R/N) .....

**BAYARAN HOSPITAL**

<i>Perihal</i>	<i>Amaun</i>	<i>Catatan</i>
1. Bayaran Wad		
2. Caj Rawatan		
3. Ujian Makmal		
4. Pemeriksaan Radiologi		
5. Fisiotherapi		
6. Radiotherapi dan Perubatan Nuklear		
7. Nefrologi		
8. Kardiologi		
9. Oftalmologi		
10. Telinga, Hidung dan Kerongkong		
11. Pergigian		
12. Anggota Tiruan		
13. Neurologi E. E. G		
14. Rawatan Psikiatrik		
15. Accouchmen dan Bersalin		
16. Kegunaan Protesis		
17. Pembedahan		
18. Pelbagai		
Jumlah Bayaran		
Wang Cagaran		
Baki		

Tarikh .....

.....  
**Tandatangan Pegawai YIM Hasil**  
 (Cop Rasmi Hospital)