

SURAT KETERANGAN

Nomor :

_____ 20____

- **Formulir diisi oleh Petugas Rumah Sakit / Dokter yang merawat**
- **Mohon dapat disertakan dengan Stempel Rumah Sakit / Fasilitas Kesehatan Rawat Inap**
- **Mohon dapat dilampirkan Surat Eligibilitas Peserta BPJS (SEP)**

Saya yang bertandatangan dibawah ini menerangkan bahwa,

Nama : _____
Umur : _____
Alamat : _____
Nomor Peserta BPJS : _____

Yang bersangkutan diatas telah dirawat menggunakan jaminan BPJS Kesehatan

Tanggal Perawatan : _____
Diagnosa Perawatan : _____
ICD Code : _____
Nomor MR : _____
Lama Perawatan : _____(Hari)

Demikian surat ini dibuat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

_____ (*)

_____ (**)
_____ (***)

Keterangan :

1. (*) Nama Rumah Sakit / Fasilitas Kesehatan Rawat Inap
2. (**) Nama Pejabat
3. (***) Jabatan
4. Formulir ini digunakan dalam Pengajuan **DANA TUNAI HARIAN**