

SURAT KETERANGAN

Nomor :

_____ 20____

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. Dibuat menggunakan Kop RS/RSIA/Klinik
2. (*) Nama Rumah Sakit, Klinik, Apotek, Laboratorium, dll
3. (**) Nama Pejabat
4. (***) Jabatan