



KESATUAN PERKHIDMATAN PERGURUAN KEBANGSAAN  
MALAYSIA

13 & 15, Jalan Murai Dua, Kompleks Batu, Off Jalan Ipoh, 51200 Kuala Lumpur.  
Tel: 03-6251 0621 / 6251 0623, Faks : 03-6251 1060  
E-mel : nutphq@gmail.com atau mail@nutp.org

Borang K4



**BORANG PERMOHONAN ~ TABUNG KEBAJIKAN NUTP  
PENYAKIT KRITIKAL**

No. Ahli :

Untuk Kegunaan  
Cawangan Sahaja

Tahun Menjadi Ahli

**BUTIR-BUTIR PEMOHON**

Potongan RM10.00 untuk  
Tabung Kebajikan :

Sudah / Belum \*

Diluluskan / Ditolak \*

Tandatangan Setiausaha  
Cawangan

Tarikh : .....

Cop Cawangan :

.....

1. Nama :

2. Tarikh keahlian :     
Hari Bulan Tahun

3. Jantina :  L-Lelaki  P-Perempuan  
 Encik  Puan  Cik

4. Tarikh Lahir :     
Hari Bulan Tahun

5. Bangsa :

6. K/P (baru) :  -  -   
K/P (lama) :

7. Alamat Rumah :   
Poskod:

Bandar:

Negeri:  No. Tel:

8. Nama & Alamat Sekolah:   
Poskod:

Bandar:

Negeri:  No. Tel:

**BUTIR-BUTIR PENYAKIT**

Untuk Kegunaan  
Ibu Pejabat

Diluluskan / Ditolak \*

NUTP Semenanjung Malaysia

Dibayar RM .....

No. Cek .....

Tarikh : .....

\*\* Potong yang tidak  
berkenaan

1. Jenis Penyakit :

2. Tarikh Disahkan Penyakit :     
Hari Bulan Tahun

3. Tarikh Persaraan Wajib:     
Hari Bulan Tahun

4. Pernah membuat permohonan bagi penyakit kritikal sebelum ini : YA / TIDAK \*

**PENGAKUAN PEMOHON**

Saya mengaku maklumat diatas adalah lengkap, betul dan benar. Pihak kesatuan berhak untuk menolak permohonan saya jika terdapat salahlaku dalam mengisi borang ini.

Tandatangan Pemohon:

Tarikh:

**SEMAKAN LAMPIRAN**

- a. Kad Pengenalan Pemohonan
- b. Kad Keahlian
- c. Surat Akuan Doktor
- d. Laporan Doktor (Medical Report)

Sila  di kotak

Borang Permohonan perlu dikemukakan dalam tempoh **TIGA** bulan selepas pengesahan penyakit