

ජාතික රක්ෂණ භාර අරමුදල

ඔබගේ හිමිකම් අදාල වන්නේ ඉදිරියෙන් (✓) දමන්න.	
රජයේ රෝහලක	පෞද්ගලික රෝහලක
දරු උපතක්	
ඇස්කන්කාරී	
හෘද සැත්කමක්	
පිළිකා	
වෙනත් රෝග	

වෛද්‍ය හා රෝහල් ගාස්තු හිමිකම් ඉල්ලුම් පත්‍රය (අග්‍රභාර)

ඉල්ලුම්කරුගේ ජාතික හැඳුනුම්පත් අංකය:-

- ඉල්ලුම්කරු පිළිබඳ තොරතුරු :-
 - සම්පූර්ණ නම:- (සිංහලෙන්) පුස්‍ය / මයා / මිය / මෙනවියා.....
මුලකුරු සමග නම (ඉංග්‍රීසියෙන්) :- Rev / Mr / Mrs / Miss.....
 - පුද්ගලික ලිපිනය (සිංහලෙන්).....
පුද්ගලික ලිපිනය (ඉංග්‍රීසියෙන්).....
 - උපන් දිනය.....
 - දුරකථන අංක- රාජකාරී..... පුද්ගලික.....

2. ඔබ රැකියාව කරන ආයතනයේ නම සහ ලිපිනය:.....
 2.1. තනතුර:-
 (නිලය හා නිල අංකය සඳහන් කරන්න)

3. කලත්‍රයාගේ තොරතුරු

- ජාතික හැඳුම්පත් අංකය:..
- නම.....
- සේවා ස්ථානයේ නම සහ ලිපිනය:.....

3.4. තනතුර:-
 (නිලය හා නිල අංකය සඳහන් කරන්න)

4. රක්ෂණ ප්‍රතිලාභ ඉල්ලුම් කරන්නේ:- ඔබට හෝ කලත්‍රයාට නොවේ නම් අදාල කොටසේ (✓) යොදා සම්පූර්ණ කරන්න.

4.1. දරුවන්ට මවට පියාට

4.2.1. ඔහුගේ / ඇයගේ නම:.....

4.2.2. ඔහුගේ / ඇයගේ උපන් දිනය:..... වයස රැකියාව.....

5. බැංකු ගිණුම් පිළිබඳ විස්තරය:-

5.1. බැංකු ගිණුමේ සඳහන් ඔබගේ නම:.....

5.2. ගිණුම් අංකය:-

5.3. බැංකුවේ නම..... බැංකු ශාඛාව.....

6. මෙම අයදුම් පතට අදාළ විශදම් ජනාධිපති අරමුදලෙන් හෝ වෙනත් ආයතනයකින් ඉල්ලුම්කර හෝ ගෙවීම් කර තිබේ නම් එම විස්තර.

- 6.1 ආයතනයේ නම සහ ලිපිනය:.....
- 6.2
- 6.3 ගෙවූ මුදල:.....
- හිමිකම් අංකය / යොමු අංකය:.....

7. අයදුම්කරුගේ ප්‍රකාශය

* ඉහත සඳහන් තොරතුරු සත්‍ය හා නිවැරදි බවත්, මම හෝ කලක්‍රයා මෙම හිමිකම්පෑම ඉහත 06 ඡේදයට යටත්ව වෙනත් ආයතනයකින්, වෙනත් ක්‍රමයක් මගින් හෝ ඒ සඳහා ඉල්ලීමක් ඉදිරිපත් කර නොමැති බව මම මෙයින් සහතික වෙමි.

දිනය:.....

.....
අයදුම්කරුගේ අත්සන

8. ආයතන ප්‍රධානියාගේ සහතිකය:-

මගේ අංකය:.....

ඉහත විස්තර සඳහන් මහතා / මහත්මියගේ රක්ෂණ හිමිකම් අවශ්‍ය කටයුතු සඳහා නිර්දේශකර මේ සමග ඉදිරිපත් කරමි. ඉහත සඳහන් තොරතුරු සත්‍ය හා නිවැරදි බවත්, ඔහුගේ / ඇයගේ පෞද්ගලික ලිපිගොනුව අනුව සහතික කරමි. රක්ෂිතයා ප්‍රතිකාර ලැබූ රෝහලෙන් බැහැරවූ මාසයට පෙර මාසය වූ මාසයේ දායක මුදල අයකර බැංකුවේ..... ශාඛාවේ අංක:..... දරණ චෙක්පතකින් ජාතික රක්ෂණ භාර අරමුදලේ මහජන බැංකුවේ රැජින ශාඛාවේ 033-2-001-2-2467951 දරණ ගිණුමට බැරකළ රුපියල් ක මුළු මුදලට ඇතුළත් කර ඇත.

අත්සන:.....

නම:.....

දිනය:.....

තනතුරු:.....
(නිල මුද්‍රාව තැබීම අත්‍යවශ්‍යයි)

9. රෝගියාගේ විශේෂඥ වෛද්‍යවරයා / ශල්‍ය වෛද්‍යවරයා විසින් සම්පූර්ණ කළ යුතුය. (පෞද්ගලික රෝහලක තේවාසිකව ප්‍රතිකාර ලබා ඇත්නම් පමණක් මෙම කොටස සම්පූර්ණ කළ යුතුයි.)

Should be filled by the specialist / Surgeon of the Patient.

9.1 Name of the Patient:.....

9.2 Diagnosis of Disease:.....

9.3 Date of Admission:.....

Date of Discharge:.....

I hereby certify that I am specialist / Surgeon of the above named patient and approve submission with regard to this claim.

Date:.....

.....
Signature of Specialist / Surgeon