



# ජාතික රක්ෂණභාර අරමුදල් මණ්ඩලය

වෛද්‍ය හා රෝහල් ගාස්තු හිමිකම්  
ඉල්ලුම් පත්‍රය (අග්‍රභාර)

ඔබ අයත් යෝජනා ක්‍රමය

අග්‍රභාර සාමාන්‍ය 125/-	රුදී 300/-	රන් 600/-

ඔබගේ හිමිකම් අදාළ වන්නේ ඉදිරියෙන් (✓) දමන්න.	
රජයේ රෝහලක	
පෞද්ගලික රෝහලක	
දරු උපතක්	
ඇස් කන්ණාඩි	
හෘද සැත්කමක්	
පිළිකා	
වෙනත් රෝග	

ඉල්ලුම්කරුගේ ජාතික හැඳුනුම්පත් අංකය:-

1. ඉල්ලුම්කරු පිළිබඳ තොරතුරු :-

- 1.1 සම්පූර්ණ නම:- (සිංහලෙන්) පුරු / මයා / මිය / මෙනවිය:.....  
මුලකරු සමග නම (ඉංග්‍රීසියෙන්) :- Rev / Mr / Mrs / Miss.....
- 1.2 පුද්ගලික ලිපිනය (සිංහලෙන්):-.....
- 1.3 පුද්ගලික ලිපිනය (ඉංග්‍රීසියෙන්):-.....
- 1.4 උපන් දිනය.....
- 1.4 දුරකථන අංක:- රාජකාරි..... පුද්ගලික.....

2. ඔබ රැකියාව කරන ආයතනයේ නම සහ ලිපිනය:.....

3. කලාත්‍රයාගේ තොරතුරු

- 3.1 ජාතික හැඳුනුම්පත් අංකය:..
- 3.2 නම.....
- 3.3 සේවා ස්ථානයේ නම සහ ලිපිනය:.....

4. රක්ෂණ ප්‍රතිලාභ ඉල්ලුම් කරන්නේ:- ඔබට හෝ කලත්‍රයාට නොවේ නම් අදාළ 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 විෂයේ 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 කලත්‍රයා මෙම හිමිකම්පෑම ඉහත 06 ඡේදයට යටත්ව වෙනත් ආයතනයකින්, වෙනත් ක්‍රමයක් මගින් හෝ ඒ සඳහා ඉල්ලීමක් ඉදිරිපත් කර හෝ මුදල් ලබාගෙන නොමැති බව මෙයින් සහතික වෙමි.

දිනය:.....

.....  
අයදුම්කරුගේ අත්සන

8. ආයතන ප්‍රධානියාගේ සහතිකය:-

මගේ අංකය:.....

ඉහත විස්තර සඳහන් ..... මහතා / මහත්මියගේ රක්ෂණ හිමිකම 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 වන රු. 125/-, 300/-, 600/- අයකර ..... බැංකුවේ..... ගාබාවේ අංක:..... දරණ චෙක්පතකින් ජාතික රක්ෂණ භාර අරමුදලේ මහජන බැංකුවේ රැජින ගාබාවේ 033-2-001-2-2467951 දරණ ගිණුමට බැරකළ රුපියල් ..... ක මුළු මුදලට ඇතුළත් කර ඇත.

අත්සන:.....

නම:.....

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

දිනය:.....

අයදුම්පත සම්පූර්ණ කිරීම සඳහා උපදෙස්

(මෙම අයදුම්පත රෝහල් ගතවීම් හා හාද සැත්කම් දරු උපත්, ඇස් කන්ණාඩි, පිළිකා, වකුගඩු ආදී රෝග වලට අදාල හිමිකම් ඉල්ලුම් කිරීම සඳහා පමණි)

1. රෝහලින් පිටව දින 90 ඇතුළත හිමිකම් අයදුම්පත ජාතික රක්ෂණ භාර අරමුදල වෙත යොමු කල යුතුය.
2. ඔබ අප වෙත යොමු කරන සෑම ලිපිලේඛණවල ජායා පිටපත් ඉදිරිපත් කරන සෑම විටම ආයතන ප්‍රධානියා විසින් ඒවා සහතික කල යුතුවේ. ( අඩුපාඩු සම්පූර්ණ කිරීමේදී ජාතික හැඳුනුම්පත් අංකය සඳහන් කරන්න.)
3. ස්වාමිපුරුෂයා, භාර්යාව, දෙදෙනාම රක්ෂිතයන් නම්  
 අ. හිමිකම්පත රෝගියා වූ රක්ෂිතයාම ඉදිරිපත් කල යුතුය.  
 ආ. සාමාජිකයන් දරුවන් වෙනුවෙන් හිමිකම් ඉල්ලුම් කල යුතුවන්නේ එක් අයෙකු පමණි.
4. යැපෙන්නන් සඳහා හිමිකම් අයදුම්පත ඉදිරිපත් කිරීමේදී පහත ලේඛන වල සහතික කල ජායා පිටපත් ඉදිරිපත් කළ යුතුය.

රක්ෂිතයා විවාහක නම්

4.1 කලලතා සඳහා විවාහ සහතිකයේ ජායා පිටපතක්

4.2 දරුවන් සඳහා උප්පැන්න සහතිකයේ ජායා පිටපතක්

(දරුවා) - වයස අවුරුදු 21 ට අඩු අවිවාහක රැකියාවක් නොකරන්නෙකු විය යුතුයි)

රක්ෂිතයා අවිවාහක නම්

රක්ෂිතයාගේ මව, පියා සඳහා (මව / පියා) - වයස අවුරුදු 70 ට අඩු විය යුතුය)

\* රක්ෂිතයාගේ උප්පැන්න සහතිකයේ ජායා පිටපතක්

\* මවගේ / පියාගේ උප්පැන්න සහතිකයේ හෝ ජාතික හැඳුනුම්පත් ජායා පිටපතක්

\* අවිවාහක බව දැන්වීමට ආයතන ප්‍රධානියාගේ ලිපියක්

5. හිමිකම් ඉල්ලුම් කරන කාරණය සඳහා වෙනත් ආයතනයකින් රක්ෂණ ප්‍රතිලාභ ලබා ඇති විට, මෙම ආයතනයේදී ප්‍රතිලාභ ලබා ගැනීමට අපේක්ෂා කරන්නේ නම් එම ආයතනයේ ගෙවීම් කල මුදල සඳහන් ලිපියක් සමග සහතික කරන ලද සියලුම බිල්පත් වල / කුචිතාන්සිවල ජායා පිටපත් ඉදිරිපත් කල යුතුවේ.

6. නිසි පරිදි සම්පූර්ණ කළ අයදුම්පත සමග පහත ලිපි ලේඛණ ඉදිරිපත් කළ යුතුවේ.

අ රෝහල්ගතවීමකදී හෝ සැත්කමකදී / හාද සැත්කමකදී / පිළිකා රෝග ආදිය සඳහා

රෝග විනිශ්චය කාඩ්පතේ (Diagnosis Card) මුල් පිටපත හෝ සහතික කල පිටපතක්.

\* (නම, රෝහලට ඇතුළුවූ හා පිටවූ දින, ප්‍රතිකාර කල වෛද්‍යවරයාගේ අත්සන මුද්‍රාව තිබිය යුතුයි)

\* පෞද්ගලික රෝහලක නම් තැන්පත් ලද්දෙන් (Deposit Receipts) මුදල් ගෙවූ ලද්දෙන් (Receipt) විස්තාරක්ෂක බිල

\* (Final Bill) මුල් පිටපත්.

නම දිනය වෙනස් කල මුල් පිටපත් හෝ ජායා පිටපත් සඳහා ගෙවීම් කරනු නොලැබේ

පෞද්ගලික රෝහල්වලින් ප්‍රතිකාර ලබා ගැනීමේදී සෑම වියදමක්ම විස්තාරක්ෂක බිල්පත් වර්ග කර දක්වා තිබිය යුතුය.

\* වෛද්‍යවරයාගේ වියදම් දැක්වීමේදී විශේෂඥ වෛද්‍යවරයාට හා අනෙකුත් වෛද්‍යවරුන්ට කල වියදම් වෙනවෙනම දැක්විය යුතුයි.

6.2 දරු ප්‍රසූතියකදී (අවස්ථා) දෙකකදී පමණක් ගෙවනු ලැබේ)

රජයේ රෝහලක රෝග නිශ්චය කාඩ්පත ලබා නොදෙන්නේ නම් උපත් විස්තර පත්‍රිකාව හෝ ගර්භනී සටහන් වාර්තාවේ සහතික

\* කළ පිටපතක් (රෝහලට ඇතුළත් කල දිනය හා පිටවූ දිනය සඳහන් විය යුතුයි)

6.3 ඇස් කන්ණාඩි සඳහා (මුල් පිටපත් ලබා) දිය යුතුයි)

\* පෞද්ගලික වෛද්‍යවරයෙකු ඇස් පරීක්ෂා කළේ නම් වෛද්‍යවරයාගේ වට්ටෝරුව (වෛද්‍යවරයාගේ අත්සන හා නිල මුද්‍රාව තිබිය යුතුය)

\* රජයේ රෝහලක ඇස් පරීක්ෂා කළේ නම් වට්ටෝරුව (වෛද්‍යවරයාගේ අත්සන හා නිල මුද්‍රාව තිබිය යුතුයි)

\* කන්ණාඩි සඳහා මුදල් ගෙවූ ලද්දෙන් ගෙව්වා (Paid) ලෙස සටහන් කර ආයතනයේ නිල මුද්‍රාව තිබිය යුතුයි. (අවුරුදු 03 කට වරක් රක්ෂිතයාට පමණක් ගෙවනු ලැබේ.

නිසි පරිදි සම්පූර්ණ කරනු ලද හිමිකම් අයදුම්පත සමග අවශ්‍ය ලිපිලේඛන එක වර නිවැරදිව ඉදිරිපත් කිරීමෙන් කඩිනම් අග්‍රහාර රක්ෂණ ප්‍රතිලාභ ප්‍රති පූර්ණ කිරීම යටතේ ප්‍රමාදයකින් තොරව ප්‍රතිලාභ ලබාගත හැකි බව සලකන්න.