

ජාතික රක්ෂණභාර අරමුදල් මණ්ඩලය

වෛද්‍ය හා රෝහල් ගාස්තු හිමිකම්

ඉල්ලුම් පත්‍රය (අග්‍රහාර)

ඔබ අයත් යෝජනා ක්‍රමය

අග්‍රහාර සාමාන්‍ය 125/-	රිදී 300/-	රන් 600/-

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

ඉල්ලුම්කරුගේ ජාතික හැඳුනුම්පත් අංකය :-
(ජායා පිටපතක් අමුණන්න)

- ඉල්ලුම්කරු පිළිබඳ තොරතුරු :-
 - සම්පූර්ණ නම :- (සිංහලෙන්) පුජ්‍ය / මයා / මිය / මෙනෙවිය :-
.....
.....
මුලකරු සමග නම (ඉංග්‍රීසියෙන්):- Rev / Mr / Mrs / Miss
 - පුද්ගලික ලිපිනය (සිංහලෙන්) :-
පුද්ගලික ලිපිනය (ඉංග්‍රීසියෙන්) :-
 - උපන් දිනය :-
 - දුරකථන අංක :- රාජකාරී පුද්ගලික
- ඔබ රැකියාව කරන ආයතනයේ නම සහ ලිපිනය:-.....
.....
- කාලානුයාගේ තොරතුරු
 - ජාතික හැඳුනුම්පත් අංකය :-
 - නම :-.....
 - සේවා ස්ථානයේ නම සහ ලිපිනය :-
- රක්ෂණ ප්‍රතිලාභ ඉල්ලුම් කරන්නේ :- ඔබට හෝ කලානුයාට නොවේ නම් අදාළ කොටසේ (✓) යොදා සම්පූර්ණ කරන්න .
 - දරුවන්ට මවට පියාට
 - ඔහුගේ / ඇයගේ නම :-
 - ඔහුගේ / ඇයගේ උපන් දිනය :- වයස රැකියාව
- බැංකු ගිණුම් පිළිබඳ විස්තරය:-
 - බැංකු ගිණුමේ සඳහන් ඔබගේ නම :-.....
 - ගිණුම් අංකය :-
 - බැංකුවේ නම :-බැංකු ශාඛාව :-

6. මෙම අයදුම් පතට අදාළ වියදම් 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 / යොමු අංකය :-

7. රෝහල් ගතවූ / ඇස්කණ්ණාඩ් මිලදී ගත් මාසයට පෙර මාස 3 ක වැටුප් විස්තර ඇමිණිය යුතුය.
 අමුණා ඇත නැත

8. අයදුම්කරුගේ ප්‍රකාශය
 ඉහත සඳහන් තොරතුරු සත්‍ය හා නිවැරදි බවත්, මම හෝ කලාත්‍රයා මෙම හිමිකම්පෑම ඉහත 07 ඡේදයට යටත්ව වෙනත් ආයතනයකින්, වෙනත් ක්‍රමයක් මගින් හෝ ඒ සඳහා ඉල්ලීමක් කර හෝ මුදල් ලබාගෙන නොමැති බව මෙයින් සහතික වෙමි.

දිනය
 අයදුම්කරුගේ අත්සන

9. ආයතන ප්‍රධානියාගේ සහතිකය
 මගේ අංකය

ඉහත විස්තර සඳහන් මහතා / මහත්මියගේ රක්ෂණ හිමිකම
 අවශ්‍ය කයුතු සඳහා නිර්දේශ කර මේ සමග ඉදිරිපත් කරමි. ඉහත සඳහන් තොරතුරු සත්‍ය හා නිවැරදි බවත්, ඔහුගේ / ඇයගේ පෞද්ගලික ලිපිගොනුව අනුව සහතික කරමි. රක්ෂිතයා ප්‍රතිකාර ලැබූ රෝහලෙන් බැහැර වූ මාසයට පෙර මාසය වූ.....මාසයේ දායක මුදල වන රු. 125/-, 300/-, 600/- අයකර
 බැංකුවේ ශාඛාවේ අංක
 දරණ වෙක්පතින් ජාතික රක්ෂණ බාර අරමුදලේ මහජන බැංකුවේ රැඳී සිටින ශාඛාවේ 033-2-001-2-2467951 දරණ ගිණුමට බැරකළ රුපියල් මුද් මුදලට ඇතුළත් කර ඇත.

අත්සන
 නම
 දිනය
 තනතුරු
 (නිප මුද්‍රාව තැබීම අත්‍යවශ්‍යයි)

රෝගියාගේ වෛද්‍යවරයා / ශල්‍ය වෛද්‍යවරයා විසින් සම්පූර්ණ කළ යුතුය
Should be filled by the Medical Officer / Surgeon of the Patient

9.1 රෝගියාගේ නම
 Name of the Patient :-

9.2 රෝග විනිශ්චය:-.....
 Diagnosis of Disease:-.....

9.3 සාමාන්‍ය රාජකාරී කටයුතු වල නිරතවීමට නාහැකි කාල සීමාව :-
 දින සිට දින දක්වා
 Period unable to attend to usual business/ works:
 From:.....To:.....

9.4 රෝහලට ඇතුළත් කළ දිනය :-
 පිටවූ දිනය :-
 If admitted to the hospital , Date of Admission:-
 Date of Discharge:-

ඉහත සඳහන් රෝගියාගේ වෛද්‍යවරයා ලෙස / ශල්‍ය වෛද්‍යවරයා මා බවත්, මෙම ඉල්ලීම සම්බන්ධ වූ සේවාව මම අනුමත කල බවත් සහතික කරමි

දිනය
 රෝගියාට ප්‍රතිකාර කල වෛද්‍යවරයාගේ /
 විශේෂඥ වෛද්‍යවරයාගේ අත්සන හා නිල මුද්‍රාව

I here by certify that I am Medical officer / Surgeon of the above named patient and approve submission with regard to this claim.

Date.....

Signature of Medical Officer / Surgeon

රජයේ හෝ පෞද්ගලික රෝහල මගින් නිකුත් කරනු ලබන රෝග නිශ්චය කාඩ්පතෙහි (✓) රෝගියාගේ නම, රෝහලට ඇතුළත් වූ දිනය හා බැහැර වූ දිනය පැහැදිලිව සඳහන් ව ඇත්නම් මෙම කොටස සම්පූර්ණ කිරීම අනිවාර්ය නොවන බව සලකන්න