



ජාතික රක්ෂණ හැර අරමුදල

වෛද්‍ය හා රෝහල් ගස්තු හිමිකම් ඉල්ලුම් පත්‍රය (අනුගාර)



දැනුම් දීමට අවශ්‍ය
කෙටි පණිවුඩ (SMS) හෝ
කැපැල්
(අවශ්‍ය මාධ්‍යය ලකුණු කරන්න)

ඉල්ලුම්කරුගේ ජාතික හැඳුනුම්පත් අංකය
(ආයා පිටපත අමුණාත්ත)

මෙහිදී හිමිකම් අදාළ වන්නේ ඉදිරියෙන් (✓) දමන්න.	
රජයේ රෝහලක	පෞද්ගලික රෝහලක
දරු උපාතක්	
ඇස්කන්ණෙහි	
ගාද සැත්කමක්	
පිළිකා	
වෙනත් රෝග	

1. ඉල්ලුම්කරු පිළිබඳ තොරතුරු:-

- 1.1 සම්පූර්ණ නම:- (සිංහලෙන්) පුරුෂ/මයා/මය/මෙනෙටය: _____

 මුලකුරු සමග නම (ඉංග්‍රීසියෙන්):-.....
- 1.2 පුද්ගලික ලිපිනය(සිංහලෙන්):-.....
- 1.2 පුද්ගලික ලිපිනය (ඉංග්‍රීසියෙන්):-.....
- 1.3 උපන් දිනය:-
- 1.4 දුරකථන අංකය :- රාජකාරි..... පුද්ගලික.....

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

3. කලත්‍රයාගේ තොරතුරු

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

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

- 4.1 දැවැන්ත: මව: පියා:
- 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 බැංකුමේ නම:- බැංකු ශාඛාව:-.....

මරදාන පාර, කොළඹ 10.

අන්තර්ජාලය : www.nitf.lk දුරකථන

අංක 0114-873901-5

ඊමේල් : mail@nitf.lk

ෆැක්ස් :- 0114 - 702667

6. මෙම අයදුම් පතට අදාළ විෂය මත පනායාපනි අරමුදලෙන් හෝ වෙනත් ආයතනයකින් ඉල්ලුම්කර හෝ ගෙවීම් කර තිබේ නම් එම වස්තුව.

6.1 ආයතනයේ නම සහ ලිපිනය:- _____

6.2 ගෙවූ මුදල:- _____

6.3 හිමිකම් අංකය /ගොනු අංකය:- _____

7. අයදුම්කරුගේ ප්‍රකාශය

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

දිනය:- _____

අයදුම්කරුගේ අත්සන

8. ආයතන ප්‍රධානියාගේ සහතිකය:-

මගේ අංකය:- _____

ඉහත වස්තුව සඳහන් _____ මහතා/ මහත්මියගේ රක්ෂණ හිමිකම් අවශ්‍ය කරපුතු සඳහා නිර්දේශකර මේ සමග ඉදිරිපත් කරමි. ඉහත සඳහන් තොරතුරු සත්‍ය හා නිවැරදි බවත්, ඔහුගේ/ඇයගේ පෞද්ගලික ලිපිගොනුව අනුව සහතික කරමි. රක්ෂිතයා ප්‍රතිකාර ලැබූ රෝගලෙන් බැහැරවූ මාසයට පෙර මාසය වූ _____ මාසයේ දායක මුදල අයකර _____ බැංකුවේ _____ ශාඛාවේ අංක _____ දුරණ වෙස්තකින් ජාතික රක්ෂණ භාර අරමුදලේ මහජන බැංකුවේ රැඹිඳු ශාඛාවේ 033-2-001-2-2467951 දුරණ හිඹුමට බැරකළ රැඹියල් _____ ක මුදලට ඇතුළත් කර ඇත.

අත්සන:- _____

නම:- _____

තනතුර:- _____

(නිල මුද්‍රාව තැබීම අත්‍යවශ්‍යයි)

දිනය:- _____

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

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