



ජාතික රක්ෂණ හාර අරමුදල

වෛද්‍ය හා රෝහල් ගාස්තු හිමකම් ඉල්ලුම් පත්‍රය (අගහාර)

ඇතුළු දීමට අවශ්‍ය

කෙටි පණිවුඩ (SMS)

☐

හෝ

තැපැල්

☐

(අවශ්‍ය මාධ්‍යය ලකුණු කරන්න)

ඉල්ලුම්කරුගේ ජාතික හැඳුනුම්පත් අංකය

(ජායා පිටපත අමුණන්න)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ඔබගේ හිමිකම් අදාළ වන්නේ
ඉදිරියෙන් (✓) දමන්න.

රජයේ රෝහලක	පෞද්ගලික රෝහලක
------------	----------------

දරු උපතක්

ඇස්තමේන්තුකර

හෘද සැත්කමක්

පිළිකා

වෙනත් රෝග

1. ඉල්ලුම්කරු පිළිබඳ තොරතුරු:-

1.1 සම්පූර්ණ නම:- (සිංහලෙන්) පුළුල්/මයා/මයා/මෙනවිය:

මුලකුරු සහිත 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 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 බැංකුමේ නම:- බැංකු ශාඛාව:-

මරදාන පාර, කොළඹ 10,

අංක : 0114-873901-5

ඊමේල් : mail@nitf.lk

අන්තර්ජාලය : www.nitf.lk දුරකථන

ගැස්ස :- 0114 - 702667

6. මෙම අයදුම් පත්‍රට අදාළ විශදුම් පනාධිපති අරමුදලෙන් හෝ වෙනත් ආයතනයකින් ඉල්ලුම්කර හෝ ගෙවීම් කර තිබේ නම් එම විස්තර,

6.1 ආයතනයේ නම සහ ලිපිනය:-

6.2 ගෙවූ මුදල:-

6.3 නිමිකම් අංකය /යොමු අංකය:-

7. අයදුම්කරුගේ ප්‍රකාශය

ඉහත සඳහන් තොරතුරු සත්‍ය හා නිවැරදි බවත්, මම හෝ මගේ කලත්‍රයා මෙම නිමිකම්පෑම ඉහත 06 ජේදයට 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 විස්තර සඳහන්මහතා/ මහත්මියගේ රක්ෂණ නිමිකම 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 වූමාසයේ දායක මුදල අයකරබැංකුවේශාඛාවේ අංක දුරණ වෙක්පතකින් ජාතික රක්ෂණ භාර අරමුදලේ මහජන බැංකුවේ රැජින ශාඛාවේ 033-2-001-2-2467951 දුරණ ගිණුමට බැරකළ රුපියල්ක මුදලට ඇතුලත් කර ඇත.

අත්සන:-

නම:-

දිනය:-

තනතුර:-

(නිල මුද්‍රාව තැබීම අත්‍යවශ්‍යයි)

9. රෝගියාගේ විශේෂඥ වෛද්‍යවරයා /ශල්‍ය වෛද්‍යවරයා විසින් සම්පූර්ණ කළ යුතුය.(පෞද්ගලික රෝහලක නේවාසිකව 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