





10. 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 නිවරදි බවත් , ඔහුගේ /ඇයගේ පෞද්ගලික ලිපිගොනුව අනුව සහතික කරමි. රක්ෂිතයා ප්‍රතිකාර ලැබ රෝහලෙන් බැහැරවූ මාසයට පෙර මාසය වූ ..... මාසයේ දායක මුදල අයකර ..... බැංකුවේ .....ශාඛාවේ අංක ..... දුරණ චෙක්පතීන් ජාතික රක්ෂණ භාර අරමුදලේ මහජන බැංකුවේ රැජින ශාඛාවේ 033-2-001-2-2467951 දුරණ හිණුමට බැරකළ රුපියල් ..... ක මුළු මුදලට ඇතුළත් කර ඇත.

අත්සන .....

නම .....

තනතුර .....

(නිල මුද්‍රාව තැබීම අත්‍යවශ්‍යයි)

දිනය .....

11. රෝගියාගේ වෛද්‍යවරයා/ශල්‍ය වෛද්‍යවරයා විසින් සම්පූර්ණ කළයුතුය.  
Should be filled by the Medical Officer/Surgeon of the patient.

11.1 රෝගියාගේ නම :.....  
Name of the Patient :.....

11.2 රෝග විනිශ්චය :.....  
Diagnosis of disease:.....

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

11.4 රෝහලට ඇතුළත් කල දිනය :-.....  
පිටවූ දිනය :-.....  
If admitted to the hospital, Date of admission.....  
Date of discharge.....

ඉහත සඳහන් රෝගියාගේ වෛද්‍යවරයා/ශල්‍ය වෛද්‍යවරයා මා බවත්, මෙම ඉල්ලීම සම්බන්ධවූ සේවාව මම අනුමත කල බවත් සහතික කරමි.

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

දිනය :-.....

I hereby 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

**අයදුම්පත සම්පූර්ණ කිරීම සඳහා උපදෙස්**

(පෝරම අංක A I රෝහල් ගතවීම් හා සැත්කම් , හෘද සැත්කම් , දරු උපත්, ඇස් කණ්ණාඩි, පිළිකා වකුගඩු ආදී රෝග වලට අදාළ හිමිකම් ඉල්ලුම් කිරීම සඳහා පමණි.)

1. රෝහලින් පිටවී දින 90 ඇතුළත හිමිකම් අයදුම්පත ජාතික රක්ෂණ භාර අරමුදල වෙත යොමු කල යුතුය.
2. ඔබ අපවෙත යොමු කරන සෑම ලිපි ලේඛනයකම ජාතික හැඳුනුම්පත් අංකය පැහැදිලිව , නිවැරදිව ලිවීම අත්‍යවශ්‍යවේ.
3. ලිපිලේඛණවල ජායා පිටපත් ඉදිරිපත් කරන සෑම විටම ආයතන ප්‍රධානියා විසින් එවා සහතික කල යුතුවේ.
4. ස්වාමීපුරුෂයා , භාරගාව, දෙදෙනාම රක්ෂිතයන් නම්
  - අ. හිමිකම් පත රෝගියා වූ රක්ෂිතයාම ඉදිරිපත් කල යුතුයි.
  - ආ. සාමාජිකයාගේ දරුවන් වෙනුවෙන් හිමිකම් ඉල්ලුම් කල යුතු වන්නේ එක් අයෙකු පමණි.
5. යැපෙන්නන් සඳහා හිමිකම් අයදුම්පත් ඉදිරිපත් කිරීමේදී පහත ලේඛන වල සහතික කල ජායා පිටපත් එවිය යුතුයි.
  - රක්ෂිතයා විවාහක නම්
    - අ. කලත්‍රයා සඳහා - විවාහ සහතිකයේ ජායා පිටපතක්
    - ආ. දරුවන් සඳහා - උප්පැන්න සහතිකවල ජායා පිටපත් (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 යුතුයි)
      - රක්ෂිතයාගේ උප්පැන්න සහතිකයේ ජායා පිටපත්
      - මවගේ /පියාගේ උප්පැන්න සහතිකයේ හෝ ජාතික හැඳුනුම්පතේ ජායා පිටපතක්
      - අවිවාහක බව දැන්වීමට ආයතන ප්‍රධානියාගේ ලිපියක්
      - මවට/පියාට තමන්ගෙන් යැපෙන බවට හා ඔවුන්ට කිසිදු ආදායම් මාර්ගයක් නොමැති බවට ග්‍රාම සේවා සහතිකයක් ප්‍රාදේශීය ලේකම්ගේ අනු අත්සන සහිතව
6. හිමිකම් ඉල්ලුම් කරන කාරණය සඳහා වෙනත් ආයතනයකින් රක්ෂණ ප්‍රතිලාභ ලබා ඇති විට , මෙම ආයතනයෙන්ද ප්‍රතිලාභ ලබා ගැනීමට අපේක්ෂා කරන්නේ නම් එම ආයතනයේ ගෙවීම් කල මුදල සඳහන් ලිපියක් සමඟ සහතික කරන ලද සියලුම ඉන්වොයිසිවල/බිල්පත්වල/කුචිතාත්සිවල ජායා පිටපත් ඉදිරිපත් කල යුතුවේ.
7. නිසි පරිදි සම්පූර්ණ කල අයදුම්පත සමග පහත සඳහන් ලිපි ලේඛණ ඉදිරිපත් කල යුතුවේ.
  - අ. රෝහල්ගතවීමකදී හෝ සැත්කමකදී/හෘද සැත්කමකදී/පිළිකා රෝග ආදිය සඳහා
    - රෝග විනිශ්චය කාඩ්පතේ මුල් පිටපත හෝ සහතික කළ පිටපතක් (නම, ඇතුළත්වූ හා පිටවූ දින, ප්‍රතිකාර කල වෛද්‍යවරයාගේ අත්සන නිල මුද්‍රාව තිබිය යුතුය.)
    - පෞද්ගලික රෝහලක නම් තැන්පත් ලදපත් (Deposit receipts), මුදල් ගෙවූ අවසන් බිල්පත (Amount Receipt) ,විස්තරාත්මක බිල (Final Bill ) , අනෙකුත් ලදපත් හා ඉන්වොයිසිවල මුල් පිටපත් (**නම , දිනය වෙනස් කල මුල් පිටපත් හෝ ජායා පිටපත් භාර ගනු නොලැබේ.**)
    - පෞද්ගලික රෝහල් වලින් ප්‍රතිකාර ලබා ගැනීමේදී සෑම වයදමකම විස්තරාත්මකව බිල්පතේ වර්ග කර දක්වා තිබිය යුතුය. වෛද්‍යවරයාගේ විශදුම් දැක්වීමේදී විශේෂඥ වෛද්‍යවරයාට හා අනෙකුත් වෛද්‍ය වරුන්ට කල විශදුම් වෙනවෙනම දැක්විය යුතුය
    - පෞද්ගලික රෝහලක නම් අයදුම්පතේ ප්‍රශ්න අංක (11) වෛද්‍යවරයාගේ සහතික අත්‍යවශ්‍යවේ.
    - හෘද සැත්කමකදී , සැත්කම සිදු කිරීම සඳහා වෛද්‍යවරයා නිකුත් කරන නිර්දේශ ලිපිය.
  - ආ. දරු ප්‍රසූතියකදී (අවස්ථා දෙකකදී පමණක් ගෙවනු ලැබේ)
    - ඉහත ලියකියවිලි වලට අමතරව දරුවාගේ උප්පැන්න සහතිකයේ සහතික කල ජායා පිටපතක් හෝ උපත් විස්තර පත්‍රිකාවේ සහතික කල පිටපතක්
    - රජයේ රෝහලක රෝග විනිශ්චය කාඩ්පත ලබානොදන්නේ නම් , ගර්භනී සටහන් වාර්තාවේ සහතික කළ පිටපතක් (රෝහලට ඇතුළත් කල දිනය හා පිටවූ දිනය සඳහන් විය යුතුයි)
  - ඇ. ඇස් කණ්ණාඩි සඳහා (මුල් පිටපත් ලබා දිය යුතුයි.) - ප්‍රශ්න අංක 3,4,7,11 පිරවීම අවශ්‍ය නොවේ.
    - පෞද්ගලික වෛද්‍යවරයෙකු ඇස් පරීක්ෂා කලේ නම් වෛද්‍යවරයා වැනල් කළ රිසිට්පත හා වට්ටෝරාව (වෛද්‍යවරයාගේ අත්සන හා නිල මුද්‍රාව තිබිය යුතුයි.)
    - රජයේ රෝහලක ඇස් පරීක්ෂා කලේ නම් වට්ටෝරාව (වෛද්‍යවරයාගේ අත්සන හා නිල මුද්‍රාව තිබිය යුතුයි.)
    - කණ්ණාඩි සඳහා මුදල් ගෙවූ ලදපතේ “ගෙවීම” ලෙස සටහන් කර ආයතනයේ නිල මුද්‍රාව තිබිය යුතුයි. (අවුරුදු 03කට වරක් රක්ෂිතයාට පමණක් ගෙවනු ලැබේ)

**නිසි පරිදි සම්පූර්ණ කරන ලද හිමිකම් අයදුම්පත සමඟ අවශ්‍ය ලිපි ලේඛන එකවර නිවැරදිව ඉදිරිපත් කිරීමෙන් කඩිනම් අග්‍රහාර රක්ෂණ ප්‍රතිලාභ ප්‍රතිපූර්ණ කිරීම යටතේ ප්‍රමාදයකින් තොරව ප්‍රතිලාභ ලබා ගත හැකි බව සලකන්න.**