

සෞඛන සහ හදිසි අනතුරු සඳහා දායක සුභ සාධක කුමය THE CONTRIBUTORY HEALTH & ACCIDENT WELFARE SCHEME

හිමිකම් ඉල්ලූම් පත / CLAIM FORM

55/ME/FO/5E04					
- 15 G/S					
and a second					
11 PM					
I say a					

1	සාමාජිකයාගේ නම / NAME OF MEMBER	গানুধান ঐপন্ত ভাগে। ১৫ টেক্টিডের স্বয়া এক উল্লেখ্য ভাগে।		en Skries Johnson	මස්.අ.අ. E.P.F.No.	. 1
2	දෙපා / ශාඛාව / දුරකථන අංකය: DEPT/BRANCH/ T.P. No			විධායක / Executive		
			ගණය	ලිපිකරු / Clerical		
			Group	සුළු සේවක / Minor		
3				ව්ශුාමික / Retired		
4	PLACE A CROSS (X) IN THE RELEVANT CAGE රෝගියාගේ නම	සාමාජිකයාට ඇති	දරුවන් නම් උපන් දිනය If Children, Date of Birth		Amount / §))) ()
4	Name of Patient	නැදැකම Relationship of Member			ارد. / Rs.	ශත/ cts
	1	Member				
	2			and the second second		
	3 - Pilipe Maria de descripto de aporte.	Programme Control of the Control of		ta vijakina	area jajo et	
	4					
	5					
5	මුළු හිමිකම් ඉල්ලීමේ මුදල / Total Amount of Claim රු. / Rs			එකතුව Total		
6	ඉහත සඳහන් චෛදහධාර සම්බන්ධයෙන් මුදල් ලබා ඉහත සඳහන් විස්තර සතන හා නිවැරදි බවට සහතික I hereby submit my claim reimbursement of expen certify that the details mentioned above are corret	ා කරමි. nses incurred in rest t. 	ect of m	edical treatm	ent obtained and	
_	දිනය / Date ් සාමාජිකයාගේ අත්සන / Signature of Member					
7				eBurka ekana. Tanàna		
	දෙපා. පුධානී / ශාඛා කළමනාකරු දිනය / Date Head of Dept. / Branch Manager					
8	FOR HEAD OFFICE USE ONLY පුධාන කාර්යාලයේ පුයෝජනය සඳහා පමණි.					

Α	වැදගත් / IMPORTANT						
	1 මෙහි සඳහන් මෙවදනවාර වියදුම් සිදිබදුව ලෙසක් සහ සඳහන් පටහන් ලෙස						
	1 මෙහි සඳහන් වෛදනධාර ව්යදම් පිළිබදව ලදුපත් හා පුගිකාර සටහන් මෙම ඉල්ලුම් පත සමග ඉදිරිපත් කළයුතු වේ.						
	Receipts & Prescriptions in support of this should be annexed.						
	11 මෙහි පහත දැක්වෙන ,බී, කොටස වෛද පවරයා විසින් පැහැදිලිව සම්පූර්ණ කළ යුතුය.						
	Part "B" (Below) should be filled by the medical practitioner / specialist legibly.						
Š	111 බාහිර පතිකාර වෙනුවෙන් පමණක් වෛදපචරයාගේ සකාශය වෙනුවට රෝගියාගේ නම. රෝගයේ						
	ස්වභාවය, ගෙවන ලද මුදල සහ දිනය සඳහන් චෛදනවරයා විසින් අභ්සන් කරන ලද ලදපතක් ඉදිරිපත්						
	1						
	ONLY IN RESPECT OF OUTDOOR TREATMENT a receipt duly authenticated by the medical practitioner giving the NAME OF PATIENT, NATURE OF ILLNESS,						
	AMOUNT PAID and the DATE OF PAYMENT may be submitted in lieu of completing part "B",						
	The state of the s						
В	TO BE COMPLETED BY THE MEDICAL PRACTITIONER SPECIALIST						
1	Name of Patient						
land of the second							
2	lliness or injury that Necessitated						
	Consultation and / or Treatment						
	thad comment to the comment of the c						
3	Details of Treatment and / or Operations						
300 mg/m							
1							
joor	I certify that I am the medical Practitioner / specialist who treated the patient referred to above, and confirm that the particulars stated above by me are correct.						
(mar)	as above by the are correct.						
	Date Singasture of Medical Practitioner / Specialist						
	Singnature of Medical Practitioner / Specialist						
	Name of Medical Practitioner / Specialist						
	Tanvaria Na de la						
	Qualification						
	Technical de presidental i entratora incorporation de						
С	FOR HEAD OFFICE USE ONLY.						
	පුධාන කාර්යාලයේ පුයෝජනය සඳහා පමණි.						
	The contract of the Articles and the Contract of the Contract						
	and the second control of the second						
	ित्र के किन्ने के कि						
1							