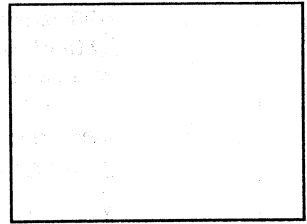




Sri Lanka Insurance
Corporation

SS/ME/FO/SEO4



සෞඛ්‍ය සහ හදිසි අනතුරු සඳහා දායක සුභ සාධක ක්‍රමය
THE CONTRIBUTORY HEALTH & ACCIDENT WELFARE SCHEME

හිමිකම් ඉල්ලුම් පත / CLAIM FORM

1	සාමාජිකයාගේ නම / NAME OF MEMBER			සේ.අ.අ. E.P.F.No.	
2	දෙපා / ශාඛාව / දුරකථන අංකය: DEPT/BRANCH/ T.P. No	ගණය Group	විධායක / Executive		
			ලිපිකරු / Clerical		
			සුළු සේවක / Minor		
			විශ්‍රාමික / Retired		
3	අදාළ කොටුවේ (X) කතිරයක් ගසන්න PLACE A CROSS (X) IN THE RELEVANT CAGE				
4	රෝගියාගේ නම Name of Patient	සාමාජිකයාට ඇති නැඳුකම Relationship of Member	දරුවන් නම් උපන් දිනය If Children, Date of Birth	Amount / මුදල	
				රු. / Rs.	ශත / cts
	1				
	2				
	3				
	4				
	5				
5	මුළු හිමිකම් ඉල්ලීමේ මුදල / Total Amount of Claim රු. / Rs			එකතුව Total	
6	<p>ඉහත සඳහන් වෛද්‍යාධාර සම්බන්ධයෙන් මුදල් ලබා ගැනීම පිණිස මාගේ හිමිකම් ඉල්ලීම මෙයින් ඉදිරිපත් කරමි. ඉහත සඳහන් විස්තර සත්‍ය හා නිවැරදි බවට සහතික කරමි. I hereby submit my claim reimbursement of expenses incurred in respect of medical treatment obtained and certify that the details mentioned above are corret.</p> <p>..... දිනය / Date</p> <p>..... සාමාජිකයාගේ අත්සන / Signature of Member</p>				
7	<p>..... දිනය / Date</p> <p>..... දෙපා, ප්‍රධානී / ශාඛා කළමනාකරු Head of Dept. / Branch Manager</p>				
8	<p>FOR HEAD OFFICE USE ONLY</p> <p>ප්‍රධාන කාර්යාලයේ ප්‍රයෝජනය සඳහා පමණි.</p>				

A	<p>මැදගත් / IMPORTANT</p> <p>1 මෙහි සඳහන් වෛද්‍යාධාර වියදම් පිළිබඳව ලද පත් හා ප්‍රතිකාර සටහන් මෙම ඉල්ලුම් පත සමග ඉදිරිපත් කළ යුතු වේ. Receipts & Prescriptions in support of this should be annexed.</p> <p>11 මෙහි පහත දැක්වෙන ,බී, කොටස වෛද්‍යවරයා විසින් පැහැදිලිව සම්පූර්ණ කළ යුතුය. Part "B" (Below) should be filled by the medical practitioner / specialist legibly.</p> <p>111 බාහිර ප්‍රතිකාර වෙනුවෙන් පමණක් වෛද්‍යවරයාගේ ප්‍රකාශය වෙනුවට රෝගියාගේ නම, රෝගයේ ස්වභාවය, ගෙවන ලද මුදල සහ දිනය සඳහන් වෛද්‍යවරයා විසින් අත්සන් කරන ලද ලද පතක් ඉදිරිපත් කළ හැක. 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",</p>
B	<p>TO BE COMPLETED BY THE MEDICAL PRACTITIONER SPECIALIST</p>
1	<p>Name of Patient</p>
2	<p>Illness or Injury that Necessitated Consultation and / or Treatment</p>
3	<p>Details of Treatment and / or Operations</p>
	<p>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.</p> <p>.....</p> <p>Date Signature of Medical Practitioner / Specialist</p> <p>Name of Medical Practitioner / Specialist</p> <p>Qualification</p>
C	<p>FOR HEAD OFFICE USE ONLY. ප්‍රධාන කාර්යාලයේ ප්‍රයෝජනය සඳහා පමණි.</p>