

රහස්ගතයි
CONFIDENTIAL

සම්බන්ධ අංකය : කා.සේ.ක./දෙ/7
FORM : SSMD/7

Official use only

Catg.	Amount
B 11	
B 21	
B 41	
B 42	
B 43	
B 44	
B 45	
B 51	
F 11	
F 13	
Other	
.....	

ශ්‍රී ලංකා මහ බැංකුවේ වෛද්‍ය ප්‍රතිලාභ ක්‍රමය
සේව්‍ය දායක වෛද්‍ය ප්‍රතිලාභ ක්‍රමය
CENTRAL BANK OF SRI LANKA MEDICAL BENEFIT SCHEME
EMPLOYER CONTRIBUTORY MEDICAL BENEFIT SCHEME

හිමිකම් පෑම් ආකෘති පත්‍රය
CLAIM FORM

මේ පෝර්මය නිකුත් කොට ඇත්තේ ඔබට ලැබීමට ඇති හිමිකමක් වෙනම, එය ඉදිරිපත් කිරීම පිණිසය. එහෙත් එය ඉදිරිපත් කළ පමණින් එම වගකීම පිළිගැනීමේ පොරොන්දුවක් අදහස් නොකෙරේ. පෝර්මයේ 'ආ' කොටුව රෝගියාගේ වෛද්‍යවරයා/වෛද්‍ය විශේෂඥයා විසින් සම්පූර්ණ කොට අත්සන් කළ යුතුය. සේවකයාගේ යහපත පිණිස මෙහි සම්පූර්ණ තොරතුරු සැපයිය යුතුය. සියලු තොරතුරු ඉතාමත් රහස්ගතව පවත්වාගෙන යනු ලැබේ. ඔබ විසින් මේ පෝර්මය පුරවා විධිමත් ලෙස අත්සන් කොට අදාළ බිල්පත් සහ කුවිනාන්සි සමඟ කාර්යමණ්ඩල සේවා කළමනාකරණ අධ්‍යක්ෂ වෙත එවිය යුතුය.

This form is issued to enable employees to submit claims and does not by itself constitute an undertaking by the Bank to accept liability on behalf of any employee. Cage 'B' should be completed and signed by the patient's General Practitioner/Specialist. In the employees own interest, ***all the information requested should be provided.*** It will be treated in strict confidence. ***The completely perfected and duly signed form should be submitted to the Director/ Staff Services Management along with the original bills & receipts.***

- | | | |
|--|--|---|
| A. 1. සේවකයාගේ නම
Employee's Name | } | මයා. / මිය. / විය.
Mr. / Mrs. / Miss |
| 2. විශ්‍රාමිකයාගේ /
වැන්දඹු (ස්ත්‍රිය/පුරුෂයා ගේ) නම
Pensioner's / Widow's /
Widower's Name | } | මයා. / මිය. / විය.
Mr. / Mrs. / Miss |
| 3. හැඳුනුම් / විශ්‍රාමික / වැ.අ. අංකය
Identity / Pension / W&OP No. | } | |
| 4. පංතිය හා ශ්‍රේණිය
Class & Grade | } | |
| 5. පත්කළ දිනය
Date of Appointment | } | |
| 6. දෙපා. හා ටෙලි දිගුව
Dept. & Tel. Ext. | } | |
| | 7. රෝගියාගේ නම
Patient's Name | } |
| | 8. රෝගියාගේ වයස
Patient's Age | } |
| | 9. ඥාති සම්බන්ධය
Relationship
(දරුවකු නම් කී වෙනි දරුවා ද යන වග/
Position of Child in Serial Order) | } |
| | 10. අත්තිකාරම් ලබා ඇත / නැත
State whether advance has been
taken / not taken | |

ඉහත දැක්වෙන විස්තර සත්‍ය බව ද, මෙම වියදම් සම්පූර්ණයෙන් හෝ කොටසක් හෝ වෙනත් ක්‍රමයක් යටතේ හෝ හිමිකම් පා නොමැති බව ද, හිමිකම් නොපාන බව ද මෙයින් සහතික කරමි.

I do hereby certify that the foregoing particulars are true and correct and that I have not claimed and I shall not claim reimbursement of the whole or a part of these expenses from any other source.

වෛද්‍ය ප්‍රතිලාභ ක්‍රමය යටතේ ප්‍රතිපූරණය නොකළ හැකි කිසියම් ප්‍රමාණයක් වෙතොත් එය වෛද්‍ය ප්‍රතිලාභ ක්‍රමයේ 9 වැනි ව්‍යවස්ථාවේ ප්‍රතිපාදනය යටතේ දෙනු ලබන අත්තිකාරමක් මගින් හෝ කා.ම.සු.කු. යටතේ (මේ සඳහා ඉල්ලා සිටි විට අයැදුම්පත් ඉදිරිපත් කරනු ඇත) හෝ වෛද්‍යවරයාට / සාත්තු නිවාසයට ගෙවන ලෙස ද මම මෙයින් ඉල්ලා සිටිමි. වෛද්‍ය ප්‍රතිලාභ ක්‍රමය යටතේ අත්තිකාරමක් වශයෙන් හෝ කා.ම.සු.කු. යටතේ ණයක් වශයෙන් හෝ දෙනු ලබන මුදල් මගේ වැටුපෙන් අඩු කර ගැනීමට ද කාර්යමණ්ඩල සේවා කළමනාකරණ අධ්‍යක්ෂ වෙත බලය පවරමි.

I also hereby apply for any amount not reimbursable under the Medical Benefit Scheme to be paid to the Doctor/Nursing Home from an advance that may be granted to me under the provisions of Rule 9 of the Medical Benefit Scheme of under S.B.S. (for which an application will be made on request), and authorize the Director/Staff Services Management to recover from my salary any sum allowed as an advance from the Medical Benefit Scheme or as a loan under the S.B.S..

දිනය / Date :

.....
අයැදුම්කරුගේ අත්සන / Signature of Applicant

CBP 16048 (25,000)

For completion by the Patient's General Practitioner/ Specialist.

B. (1) Nature of condition which necessitates treatment:
(In cast of dental extraction, please indicate the diagram of tooth/teeth)

(2) Nature of treatment prescribed or administered (if surgical, please give details)

(3) Tests and examinations recommended

Received Rs.
(in words)

(Rs.)

Date :
(Signature & Dr.'s Rubber Stamp)

Name & Qualifications of
attending Physician / Surgeon :