

අධ්‍යක්ෂ/කා.සේ.ක.  
ශ්‍රී ලංකා මහ බැංකුව

**වෛද්‍ය ප්‍රතිලාභ ක්‍රමයේ කාණ්ඩ අංක ආ 3 (අ) යටතේ  
බාහිර ප්‍රතිකාර වියදම් ප්‍රතිපූරණය කර ගැනීම සඳහා කරනු ලබන ප්‍රකාශය**

නම : ..... හැඳුනුම් අංකය : .....  
දෙපාර්තමේන්තුව : ..... විශ්‍රාම වැටුප් අංකය : .....  
වැ. අ. විශ්‍රාම අංකය : .....

ඉහත නම සහ හැඳුනුම් අංක / වි. වැ. අංක / වැ. අ. වි. අංක හිමි මා සහ යැපෙන්නන් 20..... වසර සඳහා බාහිර ප්‍රතිකාර වියදම් වෙනුවෙන් ඉහත කාණ්ඩ යටතේ රුපියල් ..... ක මුදලක් වැය කළ වැවි සහතික කරන අතර එ සඳහා මට හිමි මුදල මා වෙත ප්‍රතිපූරණය කරන මෙන් ඉල්ලා සිටිමි.

දිනය : .....  
අයදුම්කරුගේ අත්සන

**කාර්යාලයීය ප්‍රයෝජනය සඳහා ය**

අනුමත කළ මුදල : .....

මා. නි. ගේ කෙටිසන : .....

**Declaration in Respect of Reimbursement of Out-Door Treatments  
under Category B3(A) of the Medical Benefit Scheme**

Name : ..... Id No. : .....  
Department : ..... Pension No. : .....  
W & OP No. : .....

I certify that I have incurred a sum of Rupees ..... in respect of me and my dependants  
for the year 20..... for out-door medical treatments and request to reimburse the amount eligible to me.

Date: .....

*Signature of the Applicant*

CBP 14076 (3,000)

***For Office Use***

Amount Approved : .....

SO's Initial : .....