

ශ්‍රී ලංකා මහ බැංකු වෛද්‍ය ප්‍රතිලාභ ක්‍රමය
ප්‍රතිලාභියකු හෝ යැපෙන්නකු රෝහල්ගත කිරීම දැනුම් දීම

(වෛද්‍ය ප්‍රතිලාභ ක්‍රමය යටතේ හිමිකම් පෑමක් ඉදිරිපත් කිරීමට ප්‍රතිලාභියා බලාපොරොත්තු වන්නේ නම්, වෛද්‍ය ප්‍රතිලාභ ක්‍රමය යටතේ ලියාපදිංචි වී කරනු ලබන ප්‍රතිලාභියකු හෝ යැපෙන්නකු පුද්ගලික සාත්තු නිවාසයකට හෝ රෝහලකට ඇතුළු කිරීමට පෙර හෝ ඇතුළු කරනු ලැබූ වහාම මෙම ආකෘති පත්‍රය පුරවා අධ්‍යක්ෂ/කාර්යමණ්ඩල සේවා කළමනාකරණ වෙත ඉදිරිපත් කළ යුතුය.)

1. සේවා නියුක්තයාගේ / විශ්‍රාමිකයාගේ නම : මයා/මිය/විය
මහ බැංකු හැඳුනුම්පත් / විශ්‍රාමික අංකය :
2. දෙපාර්තමේන්තුව : දුරකථන අංකය :
3. රෝගියාගේ නම : මයා/මිය/විය
4. සේවකයාට ඇති ඥාති සම්බන්ධතාවය : වයස :
5. ආරාග්‍ය ශාලාවේ / සාත්තු නිවාසයේ :
නම සහ ලිපිනය :
6. රෝහලට ඇතුළත් වූ දිනය / ඇතුළුවීමට බලාපොරොත්තු වන දිනය :

ඉහත සඳහන් ප්‍රකාශයන් සත්‍ය හා නිවැරදි බව මම ප්‍රකාශ කර සිටිමි. වෛද්‍ය ප්‍රතිලාභ ක්‍රමය යටතේ ලැබෙන ආධාර, වෛද්‍ය බිල්පත් ගෙවීම සඳහා ප්‍රමාණවත් නොවන අවස්ථාවල දී එසේ එය ප්‍රමාණවත් නොවීමේ හේතුවෙන් ඇතිවන කිසියම් හිත යේෂයක් වෙතොත් එම මුදල ගෙවීම මගේ සම්පූර්ණ වගකීම බව ද මම දනිමි.

දිනය :
සේවා නියුක්තයාගේ / විශ්‍රාමිකයාගේ අත්සන

ලැබුණේ :

මානි / මා.ස. / විෂය භාර නිලධාරියාගේ අත්සන :

MEDICAL BENEFIT SCHEME – CENTRAL BANK OF SRI LANKA
INTIMATION OF HOSPITALIZATION OF BENEFICIARY OR DEPENDENT

(This form duly filled in should be forwarded to the Director/Staff Services Management when an beneficiary forwards a claim for the Medical Benefit Scheme when a registered beneficiary or a dependent is admitted to a hospital or a registered Nursing Home on or before admission.)

1. Name of Employee / Pensioner : Mr./Mrs./Miss
Central Bank Identity No. / Pension No. :
2. Department : Telephone :
3. Patient's Name : Mr./Mrs./Miss
4. Relationship to the Employee :
5. Name and address of :
Hospital / Nursing Home :
6. When hospitalized or when you intend hospitalization :

I do hereby declare that the above particulars are true and correct. It is my entire responsibility to pay any outstanding balance on any hospital bills when assistance under the Medical Benefit Scheme is not sufficient to cover the entire bill.

Date :

.....

Signature of employee / pensioner

Received on :

Signature : S.O. / S.A. / Subject Clerk :