

ශ්‍රී ජයවර්ධනපුර විශ්වවිද්‍යාලය
වෛද්‍ය රක්ෂණ ක්‍රමය
ඇස් කණ්ණාඩි සඳහා වියදම් ප්‍රතිපූර්ණ

Scheme	I		II		III		IV	
	A	B	A	B	A	B	A	B

No	Details	✓
1	No of bills	
2	Prescription	
3	Payment receipt	
4	Doctor's seal/ Date	

සේවක අංකය:.....

අයදුම්කරුගේ සම්පූර්ණ නම :

තනතුර :

දෙපාර්තමේන්තුව / අංශය :

දුරකථන අංකය (කාර්යාලීය / ජංගම) :

වයස : විවාහක/අවිවාහක :

[සියලුම බිල්පත් වෙත කොලයක අලවා අයදුම්පත සමඟ අමුණා ඉදිරිපත් කළ යුතු අතර සියලුම බිල්පත් වල දිනය සහ වෛද්‍යවරයාගේ මුද්‍රාව තැබීම අනිවාර්ය වේ. රක්ෂණ වියදම් ප්‍රතිපූර්ණය සඳහා වන අයදුම්පත් ඉදිරිපත් කිරීමේදී එම අයදුම්පත් වෙන් වශයෙන් ලියුම්කවරයක බහා ආයතන තොරතුරු හා සේවා අංශයේ තබා ඇති ලේඛනයෙහි අදාළ විස්තර සටහන් කිරීමෙන් පසුව එහි තබා ඇති පෙට්ටිය වෙත බහාලිය යුතු වේ. ලේඛනයෙහි සටහන් නොකරන ලද අයදුම්පත් සම්බන්ධව විශ්වවිද්‍යාලය වග කියනු නොලැබේ.]

ප්‍රතිපූර්ණය සඳහා ඉදිරිපත් කරන වෛද්‍ය ප්‍රතිකාර වියදම් විස්තරය

(ඖෂධ මිලදී ගැනීමට අදාළ වූ වියදම් ප්‍රතිපූර්ණය සඳහා වෛද්‍යවරයා විසින් නිකුත් කරන ලද රෝග නිශ්චය කාඩ්පත හා බෙහෙත් වට්ටෝරුව අයදුම්පත සමඟ ඉදිරිපත් කිරීම අනිවාර්යය වේ.)

බිල්පත් අංකය	බිල්පතේ සඳහන් දිනය	රෝගියාගේ නම	අගය (රු)
1			
2			

මා විසින් වියදම් ප්‍රතිපූර්ණය සඳහා ඉල්ලුම් කරන ලද රු.මුදලට අදාළව ඉහතින් සඳහන් කරන ලද විස්තර සත්‍ය හා නිවැරදි බවත් ඉදිරිපත් කළ ලේඛනවල සත්‍යතාවය මා භාර ගන්නා බවත් මෙයින් සහතික කරමි.

දිනය :
අයදුම්කරුගේ අත්සන

කාර්යාලීය ප්‍රයෝජනය සඳහා පමණි

සහතික කරන ලද වෛද්‍යවරයාගේ නිර්දේශය

ඉල්ලුම්කරු විසින් ඉදිරිපත් කර ඇති තොරතුරු හා අමුණා ඇති ලේඛන වෛද්‍යවරයාගේ රෝග නිශ්චයන් හා නියම කරන ලද බෙහෙත් වට්ටෝරු පරීක්ෂා කළ අතර නිවැරදි බවට සහතික කරමි.

දිනය :
අත්සන සහ මුද්‍රාව

සහකාර ලේඛකාධිකාරී (ආයතන තොරතුරු හා සේවා) නිර්දේශය

වෛද්‍ය ප්‍රතිකාර ලබා ගැනීමට අදාළව අයදුම්කරු විසින් ඉදිරිපත් කරන ලද තොරතුරු සහතික කරන ලද වෛද්‍යවරයා නිර්දේශ කර ඇති බැවින් රිසිට් පත් පරීක්ෂා කිරීමෙන් අනතුරුව වියදම් ප්‍රතිපූර්ණය සඳහා රු. ක මුදලක් නිර්දේශ කරමි.

දිනය
අත්සන සහ මුද්‍රාව