

**ශ්‍රී ජයවර්ධනපුර විශ්වවිද්‍යාලය**  
**වෛද්‍ය රක්ෂණ ක්‍රමය**  
**නේවාසික ප්‍රතිකාර සඳහා වියදම් ප්‍රතිපූර්ණය**

සේවක අංකය: .....

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

No	Details	√
1	No of bills	
2	Diagnosis card	
3	Detail bill	
4	Payment receipt	
5	Doctor's seal/ Date	

සාමාජිකයාගේ විස්තර

1. සම්පූර්ණ නම : .....
2. තනතුර : .....
3. අධ්‍යයන / අධ්‍යයන සහයක / පරිපාලන/අනධ්‍යයන : .....
4. දෙපාර්තමේන්තුව / අංශය : ..... වයස : .....
5. ලිපිනය : .....
6. දුරකථන අංකය (කාර්යාලීය) : ..... නිවස : ..... ජංගම : .....

යැපෙන්නන්ගේ විස්තර (හිමිකම් ඉල්ලන්නේ කවරෙකු සඳහාද, ඒ අයගේ )

1. සම්පූර්ණ නම : .....
2. ඥාති සම්බන්ධය : .....

තුඩාල (කරුණාකර පහත විස්තර සඳහන් කරන්න)

1. හදිසි අනතුර සිදුවූ දිනය හා ස්ථානය : .....
2. හදිසි අනතුර සිදුවූ ආකාරය නිවැරදිව : .....
3. තුඩාල වල ස්වභාවය : .....

රෝගය (කරුණාකර පහත විස්තර සඳහන් කරන්න)

1. රෝගයේ ස්වභාවය හෝ විස්තරය : .....
2. රෝගය පටන්ගත් දිනය : .....
3. රෝගය සඳහා ප්‍රථමයෙන් ප්‍රතිකාරගත් දිනය : .....
4. රෝගය සඳහා මුල් වරට ප්‍රතිකාර ලබා ගත් වෛද්‍යවරයාගේ නම සහ ලිපිනය

රෝහල්ගතව සිටි කාල පරිච්ඡේදය

ඇතුළත් වූ දිනය : ..... පිටවූ දිනය : .....

ඉහතින් විස්තර කරන ලද රෝගී තත්වය/අනතුර හේතුවෙන් වෛද්‍ය ප්‍රතිකාර සඳහා ඉහත විස්තර සඳහන් මුදල මට හා මාගේ පවුලේ සාමාජිකයන්ට වැය වූ බවත් වෛද්‍ය රක්ෂණ ආවරණය යටතේ එම මුදල් ප්‍රතිපූර්ණය කිරීම සඳහා අමුණා ඇති බිල්පත් සත්‍ය හා නිවැරදි ඒවා බවත් මෙයට අදාලව නැවත ප්‍රතිපූර්ණය සඳහා විශ්වවිද්‍යාලයට ඉදිරිපත් කිරීමට කිසිවක් නොමැති බවටත් සහතික කරමි. 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 අදාල විස්තර සටහන් කිරීමෙන් පසුව එහි තබා ඇති පෙට්ටිය වෙත බහාලිය යුතු වේ. ලේඛනයෙහි සටහන් නොකරන ලද අයදුම්පත් සම්බන්ධව විශ්වවිද්‍යාලය වග කියනු නොලැබේ.

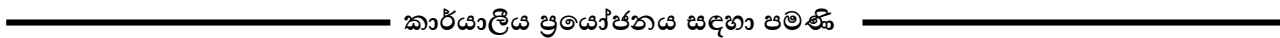
**ප්‍රතිපූර්ණය සඳහා ඉදිරිපත් කරන වෛද්‍ය ප්‍රතිකාර වියදම් විස්තරය**

(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 / රෝගීන්ගේ නම්	සාමාජිකයාට ඇති ඥාති සම්බන්ධය	බිල්පත කුමන කරුණකට අදාළද යන්න	අගය (රු)
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					

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



**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 භාණ්ඩා) 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