

OPD Claim Form

බාහිර රෝගී ප්‍රතිකාර වියදම් හිමිකම් ඉල්ලුම් පත්‍රය

1. Company Name :
ආයතනයේ නම
2. Policy Number :
ඔප්පු අංකය
3. Member Number :
සාමාජික අංකය
4. Name of Insured :
රක්ෂිතයාගේ නම
5. Name of dependents :
යැපෙන්නන්ගේ නම්
1.
2.
3.
4.
6. Nature of Illness :
රෝගයේ ස්වභාවය
7. Bill amounts :
බිල්පත් වටිනාකම
1.
2.
3.
4.
5.
Total
එකතුව
8. Signature :
අත්සන
9. Date :
දිනය

Please attach only 5 bills.

එක් හිමිකම් පෝරමයකට බිල් පත් 5 ක් පමණක් අමුණන්න.