



හිමිකම් ඉල්ලුම්කරුගේ ප්‍රකාශය : හෙල්ත් සපෝට් ජලස් ප්‍රතිලාභය

හිමිකම් ඉල්ලුම්කරු විසින් සම්පූර්ණ කළ යුතුය.

(අ) මූලික තොරතුරු

- (i) ඔප්පු අංකය :
- (ii) හිමිකම් ඉල්ලුම්කරුගේ නම :
- (iii) ලිපිනය :

(ආ) රක්ෂණ ඔප්පු පිළිබඳ විස්තර

- (i) දැනට වෙනත් සෞඛ්‍ය රක්ෂණ ඔප්පුවක් යටතේ ආවරණය වී තිබේද? ඔව් / නැත
 - (ii) පිළිතුර ඔව් නම් කරුණාකර පහත සඳහන් විස්තර සපයන්න (රක්ෂණ ආයතනයේ නම, ඔප්පු අංකය හා රක්ෂිත මුදල)
-
-

- (iii) පසුගිය වසර 4 ඇතුළතදී හෝ මෙම රක්ෂණය ආරම්භක දිනෙන් පසු ඔබ රෝහල් ගතවී තිබේද? ඔව් / නැත
- පිළිතුර ඔව් නම් විස්තර සපයන්න.
-

- (iv) මෙම රක්ෂණ සමාගමෙන් හෝ වෙනත් රක්ෂණ සමාගමකින් ලබා ගන්නා ලද සෞඛ්‍ය රක්ෂණයක් යටතේ හිමිකම් ඉල්ලුම් නොකරන ලද රෝහල් ගාස්තු බිලපත් ඔබ සතුව පවතීද? (එසේ නම් කරුණාකර රෝහල් ගතවූ දිනය, බිලපත් ඉදිරිපත් නොකිරීමට හේතුව, රක්ෂණ සමාගමේ නම හා ඔප්පු අංකය සඳහන් කරන්න).
-

- (v) මෙම රෝහල් ගතවීමට පෙර ඔබ වෙනත් රෝගාධායකික පෙළුමක්ද? ඒ සම්බන්ධයෙන් පරීක්ෂණවලට පෙනී සිටියේද? ඒ සම්බන්ධ රෝග චිකිත්සාවක් සිදු කරනු ලැබුවේද? (එසේ නම් කරුණාකර විස්තර සඳහන් කරන්න)
-

(ඇ) රෝහල් ගතවූ රක්ෂිතයා පිළිබඳ විස්තර

- (i) රක්ෂිතයාගේ නම :
- (ii) හිමිකම් ඉල්ලුම්කරුට ඇති සම්බන්ධතාවය : නමාම /කලත්‍රයා/ දරුවන් / පියා/ මව / වෙනත්
- (iii) උපන් දිනය : (iv) ස්ත්‍රී/පුරුෂ භාවය:
- (v) රැකියාව : සේවා / ස්වයං රැකියා / ගෘහණිය / විශ්‍රාමික/ වෙනත්
- (vi) දුරකථන අංකය : (vii) ඊ මේල් ලිපිනය :

(ඈ) රෝහල් ගතවීම පිළිබඳ විස්තර

- (i) ලියාපදිංචි අංකය :
 - (ii) රෝහලේ නම හා ලිපිනය :
 - (iii) කාමර කාණ්ඩය : දිවා සුරැකුම්/ තනි පුද්ගල/ දෙදෙනෙකු නවාතැන් ගන්නා/ ඇඳුන් තුනකට වැඩි කාමර
-



- (iii) රෝහල් ගතවීමට හේතුව : රෝග / අසනීප / හදිසි අනතුර / මාතෘ
- (iv) රෝගී වූ / හදිසි අනතුර වූ / මාතෘ ප්‍රතිලාභ සඳහා ඇතුළත් වූ / දිනය :
- (vi) රෝහලට ඇතුළත් වූ දිනය: වේලාව :
- (vii) රෝහලින් පිටවූ දිනය : වේලාව :
- (viii) අනතුරක් නම්, හේතුව : ස්වයං තුවාල/ මාර්ග අනතුර/ මත්පැන් පානය / වෙනත්
- (ix) පොලිසියට වාර්තා කළේද ? එසේනම් පොලිස් ස්ථානයේ නම/ පැමිණිලි අංකය සඳහන් කරන්න.
.....

(ඉ) හිමිකම් පිළිබඳ විස්තර

- (i) පූර්ණ රෝහල් ගතවීමේ වියදම : (ii) රෝහල් ගතවීමේ වියදම :
- (iii) පශ්චාත් රෝහල් ගතවීමේ වියදම : (iv) ශිලන්ත වියදම :
- (v) වෙනත් (සඳහන් කරන්න) : එකතුව :

හිමිකම් දේශීය රෝහල් ගතවීම් සම්බන්ධයෙන් වේද ? ඔව්/නැත

පූර්ව රෝහල් ගතවූ කාලසීමාව :

පශ්චාත් රෝහල් ගතවූ කාලසීමාව :

(v) අමුණා ඇති වාර්තා පිළිබඳ විස්තර

හිමිකම් ඉල්ලුම් ප්‍රකාශනය ප්‍රධාන රෝහල් බිල්පත
ඖෂධ බිල්පත් පරීක්ෂණ වාර්තා
වෙනත්

බිල ගෙවන ලද රිසිට්පත විස්තරාත්මක බිල්පත
ශල්‍යකර්ම විස්තර පත්‍රිකාව රෝහලින් පිටකිරීමේ තුණ්ඩුව
බෙහෙත් තුණ්ඩු පරීක්ෂණ සඳහා වෛද්‍යවරුන්ගේ යොමු ලේඛණ

(vi) අමුණා ඇති බිල්පත් පිළිබඳ විස්තර

බිල් අංකය	දිනය	කුමක් සඳහා නිකුත්කරන ලද්දේද ?	වටිනාකම(රුපියල් වලින්)

(උ) බැංකු ගිණුමේ විස්තර

ගිණුම් අංකය : බැංකුවේ නම

ගිණුම්හිමියාගේ නම : බැංකුවේ ශාඛාව

කරණාකර බැංකු ගිණුම් ප්‍රකාශනයේ පිටපතක් හෝ බැංකු ගිණුමේ පීච් දත්ත ඇතුළත් පිටුවේ පිටපතක් ඉදිරිපත් කරන්න.)

මාගේ විශ්වාසයේ හා ඇතිවීමේ පරිදි ඉහත සඳහන් තොරතුරු හා ප්‍රකාශන සත්‍ය බවද , මෙම හිමිකම් සම්බන්ධයෙන් වැදගත් තොරතුරු සඟවා නොමැති බවද ප්‍රකාශ කරමි. මෙම හිමිකම් සම්බන්ධයෙන්, වෙනත් සමාගමකින්/ ආයතනයකින් හෝ ප්‍රතිකාර කරන ලද වෛද්‍ය වෘත්තියෙකුගෙන්, රෝහලකින්, සායනයකින් තොරතුරු ලබා ගැනීමට හා තොරතුරු ලබාදීමට මිනිසුන් බලය පවරමි.

.....
හිමිකම් ඉල්ලුම්කරුගේ අත්සන

.....
දිනය