

ශ්‍රී ලංකා නාවික හමුදා සංගමය වෙතින්
වෛද්‍යාධාර / ඇස් කණ්ණාඩි / ශ්‍රවණාධාර දීමනා ලබා ගැනීම සඳහා අයදුම්පත

1. සාමාජිකයාගේ නම :-
2. ශ්‍රී ලංකා නාවික හමුදාවෙන් විශ්‍රාම ගත් / ඉවත් වූ අවස්ථාවේ දරන ලද නිලය / තරාතිරම :-
3. ශ්‍රී ලංකා නාවික හමුදා සංගමයේ සාමාජික අංකය :- SLN/..... නිල අංකය :-
4. ලිපිනය :-
5. ඉල්ලුම්කරුගේ ජාතික හැඳුනුම්පත් අංකය :-
6. ජංගම දුරකථන අංකය :- ගෘහස්ථ දුරකථනය :-
7. වෛද්‍යාධාර / ඇස් කණ්ණාඩි / ශ්‍රවණාධාර දීමනා සඳහා වෛද්‍යවරයා විසින් කරන ලද නිර්දේශය :-

(මාස 03ක් ඇතුළත ලබාගත් රෝග විනිශ්චය කාඩ්පතෙහි (Diagnosis Card) මුල් පිටපත් අමුණා තිබිය යුතු අතර, ඡායාස්ථික පිටපත් ඉදිරිපත් කරන්නේ නම් ඒවා ප්‍රතිකාර ලබාගත් වෛද්‍යවරයා ලවා සහතික කර ඉදිරිපත් කළ යුතුය. ඇස් කණ්ණාඩි / ශ්‍රවණාධාර දීමනා ලබා ගැනීමේදී වෛද්‍ය නිර්දේශය සමඟ බිල්පත ඉදිරිපත් කළ යුතුය)

8. මුදල් බැර කළ යුතු බැංකුව :- බැංකු ශාඛාව :-
- ගිණුම් අංකය :- (බැංකු පොතෙහි පැහැදිලි ඡායාස්ථික පිටපතක් අමුණා එවන්න)
9. අවසන් වරට වෛද්‍යාධාර / ඇස් කණ්ණාඩි / ශ්‍රවණාධාර දීමනාව ලබාගත් දිනය :-

දිනය :-
ඉල්ලුම්කරුගේ අත්සන

කාර්යාලයේ ප්‍රයෝජනය සඳහා

ගරු ලේකම් විසින්

ඉල්ලුම්කරු විසින් ඉදිරිපත් කර ඇති ඉහත සඳහන් විස්තර නිවැරදි බවට සහතික කෙරේ (විශේෂයෙන් සඳහන් කළ යුතු යමක් ඇත්නම් සඳහන් කළ යුතුය).

දිනය :-
අත්සන

ශ්‍රී ලංකා නාවික හමුදා සංගමයේ වෛද්‍ය අනුකමිටුවේ නිර්දේශය

.....

දිනය :-

.....

අත්සන

වෛද්‍ය මණ්ඩල නිර්දේශය (අධ්‍යක්ෂ ජනරාල් සෞඛ්‍ය සේවා කාර්යාලය) - වෛද්‍යාධාර දීමනා සඳහා පමණි

.....

දිනය :-

.....

අත්සන

ගරු ලේකම් විසින්

ඉහත සාමාජිකයා / සාමාජිකාව වෙත වෛද්‍යාධාර / ඇස් කණ්ණාඩි / ශ්‍රවණාධාර දීමනා වශයෙන් රු. ක් ලබාදීමට නාවික හමුදා සංගමයේ වෛද්‍ය අනුකමිටුව සහ නාවික හමුදා වෛද්‍ය මණ්ඩලය විසින් නිර්දේශ කර ඇත/ නැත. එබැවින් අයදුම්පත නිර්දේශ කෙරේ/ නොකෙරේ.

දිනය :-

.....

අත්සන

ගරු සභාපති විසින්

අනුමත කෙරේ / නොකෙරේ

දිනය :-

.....

අත්සන

ගරු භාණ්ඩාගාරික විසින්

රු. වටිනා මුදලක්දින Slip Transfer ක්‍රමය හරහා ඉහත ඉල්ලුම්කරුගේ බැංකු ගිණුම වෙත බැර කරන ලදී.

දිනය :-

.....

අත්සන

<u>වෛද්‍යාධාර / ඇස් කණ්ණාඩි / ශ්‍රවණාධාර දීමනා ගෙවීම පරිගණක ගත කරන ලදී.</u>	
පරිගණක ක්‍රියාකරුගේ නම :-	නිල අංකය:-
දිනය :-	අත්සන :-