

UNIVERSITY OF COLOMBO
MEDICAL WELFARE SCHEME – 2019

(FOR OFFICE USE)

APPLICATION FOR REIMBURSEMENT OF MEDICAL EXPENSES.
OPD TREATMENT / SPECTACLES

EMP. No: Scheme I Scheme II Scheme III

Name of Applicant :

Designation : Department:

Telephone No (Office): Mobile :

Age: Whether married/Single:

(Please submit the form with all the bills pasted on the separate paper by entering the relevant register at the Student and Staff Welfare Branch. Also ensure that all the bills contain the dates and the seal of the Doctor.)

Re. No	Name /Names of Patient/s who has received treatment	Relationship to Applicant	Name of the Doctor who treated	Date/Dates on which treatment was received.
1.				
2.				
3.				
4.				

Details regarding bills (Medical/Hospital/Pharmacies)

(While the Doctor's prescription should be annexed to bills obtained from Pharmacies, all required documents to substantiate the information provided below should be submitted along with the application form.)

No	Bill No.	Purpose	Date of issue of the bills	Amount Rs.
1.				
2.				
3.				
4.				
Total				

I hereby state that I have claimed Rs. as Medical expenses as aforesaid and that the information provided in the claim form are true and accurate.

Date: Signature of Applicant

----- **For Office use only** -----

Recommendation of the Head of the Department

After considering the medical certificates, receipts and other information provided by the applicant in relation to the medical treatment received, I recommend the re-imbusement of total expenses /an amount of Rs.Of total expenses incurred by him/her in this connection.

Date: Signature of the Head of the Department (Seal)

The information given by the applicant and the document attached herewith have been checked and recommended/ not recommended reimbursement of the total expenses.

Date: Academic Staff member of the Medical Faculty (Seal)

කොළඹ විශ්වවිද්‍යාලය
සුභ සාධන වෛද්‍ය ක්‍රමය- 2019
ප්‍රතිලාභ ඉල්ලුම් පත්‍රය
බාහිර ප්‍රතිකාර / ඇස් කන්තාඩි

(කාර්යාලීය ප්‍රයෝජනය සඳහා)

සාමාජික අංකය: යෝජනා ක්‍රමය I යෝජනා ක්‍රමය II යෝජනා ක්‍රමය III

අයදුම්කරුගේ නම : (මයා/මිය/මෙය)
 නමතුරු: සේවය කරන අංශය:
 දුරකථන අංකය: (කාර්යාල)..... ජංගම:.....
 වයස: විවාහක/අවිවාහක:

(සියලුම බිල්පත් වෙනත් කොළයක අලවා මෙම ඉල්ලුම් පත්‍රය සමඟ අමුණා ශිෂ්‍ය හා සේවක කටයුතු අංශයේ ඇති අදාළ ලේඛනයේ සටහන් කිරීමට කාරුණිකවන්න. සියලුම බිල්පත් වල දිනය හා වෛද්‍යවරයාගේ නිල මුද්‍රාව තිබේදැයි බලන්න.)

ප්‍රතිකාර කරන ලද රෝගියාගේ නම / නම්	අයදුම්කරුට ඇති හැකුම	ප්‍රතිකාර කළ වෛද්‍යවරයාගේ නම	ප්‍රතිකාර ලද දිනය / දින
1.			
2.			
3.			
4.			

බිල්පත් පිළිබඳ විස්තර (වෛද්‍ය / ආරෝග්‍යශාලා / බෙහෙත් ශාලා)

(බෙහෙත් ශාලා බිල්පත් සඳහා වෛද්‍යවරයාගේ බෙහෙත් වට්ටෝරුව ද ඇමිණිය යුතු අතර, පහත දක්වන තොරතුරු තහවුරු කිරීම සඳහා අවශ්‍ය සියලුම ලියකියවිලි අයදුම්පත සමඟ ඉදිරිපත් කළ යුතුය.)

අඩු අංකය	බිල්පත් අංකය	කුමක් සඳහාද යන වග	බිල්පත් නිකුත් කළ දිනය	මුදල රු.
1.				
2.				
3.				
4.				
එකතුව				

ඉහත සඳහන් පරිදි මා විසින් රුපියල්ක් සඳහා වෛද්‍ය ගාස්තු ඉල්ලුම් කරනු ලබන අතර, ඉල්ලුම් පතෙහි දක්වා ඇති තොරතුරු අවංකව හා සත්‍යවාදීව ඉදිරිපත් කර ඇති බව ප්‍රකාශ කරමි.

දිනය: අයදුම්කරුගේ අත්සන

----- (කාර්යාලීය ප්‍රයෝජනය සඳහා පමණි) -----

අංශ ප්‍රධානීගේ නිර්දේශය
 අයදුම්කරු විසින් සපයන ලද සියලු තොරතුරු, වෛද්‍ය වාර්තා හා බිල්පත් පිළිබඳ සලකා බැලීමෙන් පසු ඔහු / ඇය විසින් වෛද්‍ය ප්‍රතිකාර සඳහා දරන ලද සම්පූර්ණ මුදල / සම්පූර්ණ මුදලින් රු: ක් ප්‍රතිපූරණය කිරීම මම නිර්දේශ කරමි/නොකරමි.

දිනය: අත්සන / අංශ ප්‍රධාන (නිල මුද්‍රාව)

අයදුම්කරු විසින් සපයා ඇති තොරතුරු සහ අදාළ වාර්තා පරීක්ෂා කළ අතර මුදල් ප්‍රතිපූරණය කිරීම නිර්දේශ කරමි / නොකරමි.

දිනය: වෛද්‍ය පීඨ ආචාර්ය මණ්ඩල සාමාජික (නිල මුද්‍රාව)