



ජාතික රක්ෂණ භාර අරමුදල

වෛද්‍ය හා පුද්ගලික අනතුරු රක්ෂණ ක්‍රමය
රක්ෂිතයා පිළිබඳ තොරතුරු පත්‍රිකාව

කාර්යාලය ප්‍රයෝජනය සඳහා පමණි.

--

රක්ෂිතයාගේ ජාතික හැඳුනුම්පත් අංකය :-

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

- 1.1 සම්පූර්ණ නම (සිංහලෙන්) : පුරුෂ/මයා/මිය/මෙනවිය
- 1.2 සම්පූර්ණ නම (ඉංග්‍රීසියෙන්) : Rev/Mr./Mrs./Mis.
- 1.3 පෞද්ගලික ලිපිනය (සිංහලෙන්)
- 1.4 පෞද්ගලික ලිපිනය (ඉංග්‍රීසියෙන්)
- 1.5 රක්ෂිතයාගේ උපන් දිනය :

රක්ෂිතයාගේ රැකියාව පිළිබඳ තොරතුරු

- 2.1 සේවය කරන ආයතනයේ නම සහ ලිපිනය (ඉංග්‍රීසියෙන්)
- 2.2 සේවය කරන දෙපාර්තමේන්තුව/අංශය :
- 2.2 සේවය කරන හෝ සේවය කළ ආයතනයේ දුරකථන අංකය :
- 2.3 සේවක අංකය :
- 2.4 ඔබ ලබාගෙන ඇති වෙනත් වෛද්‍ය හා පුද්ගල හදිසි අනතුරු රක්ෂණ (ඇත්නම් පමණක්) :

රක්ෂිතයාගේ යැපෙන්නන් පිළිබඳ තොරතුරු

විවාහක රක්ෂිතයන් පිළිබඳ තොරතුරු :

කලත්‍රයාගේ ජාතික හැඳුනුම්පත් අංකය :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

- 3.1 කලත්‍රයාගේ නම :
- 3.2 කලත්‍රයා රැකියාවක් කරන්නේ නම් එහි නම සහ ලිපිනය :
- 3.3 කලත්‍රයා වෙනත් වෛද්‍ය හා පුද්ගල හදිසි අනතුරු ආවරණයක් ලබා ඇත්නම් ඒ පිළිබඳ විස්තර :-

3.4 වයස අවුරුදු 21 ට අඩු අව්‍යවහික රැකියාවක් නොමැති දරුවන් පිළිබඳ විස්තර :-

	නම	උපන් දිනය	වයස

අව්‍යවහික රක්ෂිතයන් සඳහා

3.5 වයස අවුරුදු 70 අඩු දෙමාපියන් පිළිබඳ විස්තර :

	නම	උපන් දිනය	ජා. හැ. අංකය	වයස

4. රක්ෂිතයාගේ ප්‍රකාශය

ඉහත මම විසින් ලබා දුන් සියලු තොරතුරු සත්‍ය හා නිවැරදි බවට ප්‍රකාශ කරමි.

දිනය :-

.....
රක්ෂිතයාගේ අත්සන

5. ආයතන ප්‍රධානියාගේ නිර්දේශය

ඉහත සඳහන් සියලු තොරතුරු සත්‍ය හා නිරවද්‍ය බවටත් ඔහු / ඇය මෙම ආයතනයේ ස්ථිර පදනම මත සේවයේ යෙදී සිටින බවත් සහතික කරමි.

.....
ආයතන ප්‍රධානියාගේ අත්සන හා නිල මුද්‍රාව



Membership No.
(for office use only)

NATIONAL INSURANCE TRUST FUND BOARD

AGRAHARA MEDICAL SCHEME FOR SEMI GOVERNMENT EMPLOYEE

1. Name in full including Full name with surname:
2. Personal Address:
3. National Identity Card No:
4. Present Position:
5. Contributors Contact No. Mobile: Office:
6. Ministry / Institution:
7. Official Address:
8. New Insurance scheme which willing to subscribe:
Silver Scheme Gold Scheme
☐ ☐
09. I hereby give my consent to join the above new insurance scheme also. I give my consent to deduct Rs. as the monthly premium of the scheme.
Date: Signature of applicant:
10. I recommend that Mr./Mrs./Miss: whom details given above for the new Insurance Proposal Silver / Gold Scheme and confirm that the relevant installment sum (Rs.1000/=, Rs.600/=) Recovered from his/her salary and credit to the Account of National Insurance Trust Fund Board.
Name of the head of institution
Position
Signature: Date: