

နှစ်တိုငွေပင်ငွေရင်းအသက်အာမခံအဆိုလွှာ

Branch Name

အာမခံဝယ်ယူသူအမည် ကိုယ်စားလှယ်အမည်

နိုင်ငံသားစိစစ်ရေးကတ်အမှတ် ကိုယ်စားလှယ်အမှတ်

၁။ အာမခံထားသူအမည်

၂။ နိုင်ငံသား/ နိုင်ငံခြားသားစိစစ်ရေးကတ်အမှတ်

၃။ အဖအမည်

၄။ အလုပ်အကိုင်

၅။ နေရပ်လိပ်စာ

၆။ ဖုန်းနံပါတ်

၇။ မွေးသက္ကရာဇ် (ရက်/လ/နှစ်)

၈။ အာမခံထားငွေ

၉။ အာမခံထားလိုသည့်သက်တမ်းကာလ ၅နှစ် ၇နှစ် ၁၀နှစ်

၁၀။ ပရီမီယံပေးသွင်းသည့်အရစ် လစဉ် ၃လ ၆လ တစ်နှစ်

၁၁။ အကျိုးခံစားခွင့်လွှဲပြောင်းလိုသူ/များ

စဉ်	အမည်	နိုင်ငံသားစိစစ်ရေးကတ်အမှတ်	အဖအမည်	တော်စပ်ပုံ	အသက်	%	ဖုန်းနံပါတ်

၁၂။ အခြားကုမ္ပဏီတွင် နှစ်တိုငွေပင်ငွေရင်းအသက်အာမခံထားပြီးဖြစ်ပါက-

အာမခံကုမ္ပဏီအမည်

အာမခံထားငွေ

အာမခံသက်တမ်း

၁၃။ လွန်ခဲ့သော ၃လအတွင်း ဆရာဝန်ထံမှ စမ်းသပ်မှုခံယူခြင်း၊ ဆေးစစ်ခြင်း၊ ကုသမှုခံယူခြင်း(ဆေးရုံတက်ခြင်း၊ ခွဲစိတ်ကုသခြင်းအပါအဝင်)၊ ဆေးကုသရန် ဆရာဝန်၏ ထောက်ခံချက်ကို ရရှိထားခြင်း၊ ဆေးသောက်ရန် ညွှန်ကြားခံခဲ့ရခြင်းများ ရှိခဲ့ပါသလား။ ရှိ မရှိ ရှိပါက - ဖြစ်ခဲ့သောရောဂါအမည်

၁၄။ လွန်ခဲ့သော (၁) နှစ်အတွင်း X-ray ရိုက်ခြင်း၊ Ultrasound ရိုက်ခြင်း၊ CT Scan ရိုက်ခြင်း၊ ECG ရိုက်ခြင်း၊ အသားစယူစစ်ဆေးခြင်း၊ ဆီးစစ်ခြင်း၊ သွေးစစ်ခြင်း နှင့် အခြားသောစစ်ဆေးမှုများ ပြုလုပ်ခဲ့ခြင်း ရှိ မရှိ ရှိပါက - စစ်ဆေးခဲ့သည့် နှစ် လ တွေရှိချက်

၁၅။ လွန်ခဲ့သော(၅) နှစ်အတွင်း အောက်ပါရောဂါများကြောင့် စမ်းသပ်မှုခံယူခြင်း၊ ဆေးစစ်ခြင်း၊ ကုသမှုခံယူခြင်း (ဆေးရုံ တက်ခြင်း၊ ခွဲစိတ်ကုသခြင်း အပါအဝင်) ဆေးသောက်ရန်ညွှန်ကြားခံရခြင်း ရှိ မရှိ

- | | | | |
|--------------------------|--------------------------|----------------------|--------------------------|
| (၁) နှလုံးရောဂါ | <input type="checkbox"/> | (၆) ကျောက်ကပ် | <input type="checkbox"/> |
| (၂) သွေးတိုးခြင်း | <input type="checkbox"/> | (၇) အသည်း | <input type="checkbox"/> |
| (၃) အဆုတ်ရောဂါ(တီဘီစသည်) | <input type="checkbox"/> | (၈) အစာအိမ် | <input type="checkbox"/> |
| (၄) ဆီးချို | <input type="checkbox"/> | (၉) ကင်ဆာအလုံးအကျိတ် | <input type="checkbox"/> |
| (၅) လေးဘက်နာ | <input type="checkbox"/> | (၁၀) စိတ်ကျရောဂါ | <input type="checkbox"/> |

ရှိပါက - ဖြစ်ခဲ့သောရောဂါအမည်
စစ်ဆေးခဲ့သည့် နှစ် လ
တွေ့ရှိချက်

၁၆။ (၁၃) မှ (၁၅) အထိ မေးခွန်းတစ်ခုခုတွင် "ရှိ" ဟုဖော်ပြထားပါက လက်ရှိအခြေအနေ လုံးဝပျောက်ကင်းပြီး စစ်ဆေးနေဆဲ ကုသနေဆဲ အခြေအနေစောင့်ကြည့်နေဆဲ

၁၇။ တစ်နှစ်ထက်မက ပေါင်းသင်းဆက်ဆံခဲ့ဖူးသည့်မိတ်ဆွေတစ်ဦး၏
အမည်
လိပ်စာ
ဖုန်းနံပါတ်
သိကျွမ်းခဲ့သောနှစ်ပေါင်း:

ဝန်ခံချက်

အထက်ပါဖော်ပြချက်များနှင့် ဆေးစစ်အစီရင်ခံစာပါအဖြေများသည် မှန်ကန်ပါကြောင်း ကြေငြာပါသည်။ အာမခံ သက်တမ်းအတွင်း ဖော်ပြပါရောဂါများနှင့်ပတ်သက်၍ ၎င်းရောဂါနှင့်ဆက်စပ်၍ ဖြစ်ပေါ်လာသောရောဂါမှအပဖြစ်သော အာမခံအကာအကွယ်များအတွက်သာ ပေးလျော်မည်ဖြစ်ကြောင်း သိရှိပါသည်။ ၎င်းတို့သည် ဤကုမ္ပဏီနှင့် ကျွန်ုပ် ချုပ်ဆို သော ပဋိညာဉ်၏ အခြေခံအချက်ကြီးများဖြစ်ကြောင်း သဘောတူပါသည်။ အကယ်၍ အဆိုပါဖော်ပြချက်များနှင့် အဖြေများ တွင် မမှန်ကန်သောအချက် သို့မဟုတ် အချက်များ ပါရှိခဲ့လျှင် ဤပဋိညာဉ်ပျက်ပြယ်မည်ဖြစ်ကြောင်းကို သိရှိပါသည်။
.....မြို့နယ်၊.....ဦး.....ခုနစ်၊.....လ၊
.....ရက်နေ့တွင် လက်မှတ်ရေးထိုးပါသည်။

အသိသက်သေလက်မှတ်
အမည်
မှတ်ပုံတင်အမှတ်

အာမခံထားသူလက်မှတ်
အမည်
ရက်စွဲ။

အာမခံဝယ်ယူသူလက်မှတ်
အမည်