

(कार्यविधिको दफा ८ क सँग सम्बन्धित)  
**औषधि उपचार तथा स्वास्थ्य सुरक्षा योजना सम्बन्धी सम्बन्धित फाराम**  
 (निवृत्तभरण पश्चात)

श्रीमान् कार्यकारी निर्देशक ज्यू ,  
 सामाजिक सुरक्षा कोष,  
 बबरमहल, काठमाण्डौ ।

**विषय: औषधि उपचार तथा स्वास्थ्य सुरक्षा योजनामा सहभागी हुने सम्बन्धमा ।**

म.....यस कोषको योगदानकर्ताको रूपमा सूचिकृत भई मिति  
 .....वाट निवृत्तभरणमा गए पनि औषधि उपचार तथा स्वास्थ्य सुरक्षा योजनामा आवद्ध  
 हुनका लागि निम्नानुसारको विवरण खुलाई पेश गरेको छु । पेश गरेको व्यहोरा ठीक साँचो हो, भुट्टा  
 ठहरेमा कानून बमोजिम सहँला /बुझाउँला ।

**१. योगदानकर्ताको व्यक्तिगत विवरण**

नाम/थर	पहिलो	बीचको	थर
जन्म मिति	D     M   M   Y   Y   Y   Y	लिङ्ग	महिला <input type="radio"/> पुरुष <input type="radio"/> अन्य <input type="radio"/>
नागरिकता नं.	जारी जिल्ला		
जारी मिति	D     M   M   Y   Y   Y   Y	स्थायी लेखा नं.	
स्थायी ठेगाना			
प्रदेश	जिल्ला		
गा.पा./न.पा./उप.म.न.पा./म.न.पा	वडा नं		
ब्लक नं.	टोल		
टेलिफोन नं.	मोबाईल नं.		
ईमेल			
सामाजिक सुरक्षा नं.			
सामाजिक सुरक्षा कोषमा सूचिकृत गराउने रोजगारदाताको विवरण			
नाम			
सामाजिक सुरक्षा नं.			
योगदानकर्ताको रूपमा योगदान शुरु गरेको मिति	D   D   M   M   Y   Y   Y   Y		

अन्तिम रोजगारदाताको विवरण																	
नाम																	
सामाजिक सुरक्षा नं.																	
नियुक्ती मिति	D	D	M	M	Y	Y	Y	Y	अवकाश मिति	D	D	M	M	Y	Y	Y	Y
राजिनामाको किसिम	अनिवार्य <input type="radio"/>				स्वेच्छिक <input type="radio"/>				अन्य <input type="radio"/>								

## २. बैंक खाताको विवरण

बैंकको नाम		शाखा	
बैंक खाताको प्रकार		बैंक खाता नम्बर	

३. औषधि उपचार, स्वास्थ्य तथा मातृत्व सुरक्षा सम्बन्धी योजना आवद्ध हुनका लागि गर्ने मासिक योगदान रकम रु.....(अक्षरपी.....मात्र) योगदान गर्न मञ्जुर गर्दछु ।

## ४. निवेदकको तर्फबाट

दस्तखत :  
नाम, थर :  
मिति :

## ५. सामाजिक सुरक्षा कोषको तर्फबाट

रुजु गर्नेको :

दस्तखत :  
नाम, थर :  
पद :  
मिति :

प्रमाणित गर्नेको :

दस्तखत :  
नाम, थर :  
पद :  
मिति :

## निवेदन दर्ता भएको निस्सा

निवेदकको नाम र ठेगाना :	
दर्ता मिति	दर्ता नं.
निवेदन प्रमाणित गर्नेको :	
दस्तखत	
नाम, थर	
पद :	