နည်းဥပဒေ ၆၆(က)၊ (ပုံစံ- ၁၃)

လူမှုဖူလုံရေးအဖွဲ့

အာမခံထားသူများအတွက် လစဉ်ထည့်ဝင်ကြေးပေးသွင်းငွေစာရင်း

အလုပ်ဌာနအမည် ______________________

အလုပ်ဌာန မှတ်ပုံတင်အမှတ် ______________________

______________________လအတွက်

SrNo စဉ်	Insurance Name အာမခံထားသူ အမည်	SSN.No အာမခံစိစစ်ရေး အမှတ်	Payment လုပ်ခ လစာ	Health and Social Care Insurance System ကျန်းမာရေးနှင့် လူမှုရေး စောင့်ရှောက်မှုအာမခံစနစ်		Employment Injury Benefit Insurance System အလုပ်တွင်ထိခိုက်မှု အကျိုးခံစားခွင့် အာမခံစနစ်	Total စုစုပေါင်း			Remark မှတ်ချက်
				Employer အလုပ်ရှင်	Employee အလုပ်သမား	Employer အလုပ်ရှင်	Employer အလုပ်ရှင်	Employee အလုပ်သမား	Total စုစုပေါင်း	