

चिकित्सा दावा के लिए आवेदन – पत्र
APPLICATION FORM FOR MEDICAL CLAIMS

केन्द्रीय सरकारी कर्मचारी और उनके परिवार के सदस्यों की चिकित्सा के लिए उपगत
चिकित्सा व्यय की वसूली के दावा हेतु आवेदन

APPLICATION FORM FOR CLAIMING REFUND OF MEDICAL EXPENSES INCURRED IN
CONNECTION WITH MEDICAL ATTENDANCE AND/FOR TREATMENT OF CENTRAL
GOVERNMENT SERVANT AND THEIR FAMILIES

नोट : प्रत्येक रोगी के लिए अलग आवेदन पत्र का प्रयोग करें ।

NOTE : SEPARATE APPLICATION FORM SHOULD BE USED FOR EACH PATIENT.

1. सरकारी कर्मचारी का नाम व पदनाम (साफ अक्षरों में)

Name and Designation of the
Govt. Servant (In BLOCK letters)

2. कार्यालय, जिसमें नियुक्त हैं

Office in which employed.

3. एफ.आर के अनुसार सरकारी कर्मचारी का वेतन

और दूसरी कोई परिलब्धियाँ हो तो, अलग से दिखाएँ।

Pay of the Govt. Servant as defined
in the FR and any other emoluments
should be shown separately.

4. कार्य स्थल / Place of Duty :

5. वास्तविक निवासीय पता :

Actual residential address

6. रोगी का नाम और सरकारी कर्मचारी से

उनका संबंध (बच्चों के संबंध में आयु भी दें)

Name of the patient and his/her
relationship to the Govt. servant
(In case of children, state age also)

7. स्थान, जहाँ पर रोगी बीमार पड़ा हुआ :

Place at which patient fell ill.

8. दावा की गई राशि का विवरण :

Details of amount claimed

परामर्श के लिए चिकित्सा सेवा फ़ीस

Medical attendance fees for
consultation indicating :

अ) परामर्श किए गए चिकित्सा अधिकारी का नाम व पदनाम और संबद्ध अस्पताल
The Name and Designation of the Medical Officer consulted and the hospital or Dispensary to which attached.

आ) परामर्श की तारीख और संख्या तथा प्रत्येक परामर्श के लिए दी गई फीस ।
The No. and date of consultation and the fees paid for each consultation

इ) अस्पताल / चिकित्सा अधिकारी के परामर्श कक्ष में लिए गए इंजेक्शन की संख्या और तारीख तथा प्रत्येक इंजेक्शन के लिए दी गई फीस
The No. and the date of injections had at the hospital at the consultation room of the medical officer and the fees paid for each injection.

ई) क्या परामर्श और / अथवा इंजेक्शन अस्पताल में / चिकित्सा अधिकारी के परामर्श कक्ष में या रोगी के निवास स्थान में लिया गया ।
Whether consultation and/or injections were had at the hospital / at the consulting room or the residence of the patient.

9. निरूपण के दौरान किए गए रोगात्मक, जीवाण्विक, विकिरणात्मक या अन्य समान परीक्षाओं के प्रभार ।
Charges for pathological, Bacteriological Radiological or other similar tests under taken diagnosis indicating.

अ) अस्पताल या प्रयोगशाला का नाम, जहाँ परीक्षण किए गए ।
The name of the hospital or laboratory where the tests were undertaken if any.

आ) क्या परीक्षण प्राधिकृत चिकित्सक की सलाह से किए गए थे । यदि हाँ, तो इसका प्रमाण - पत्र संलग्न किया जाए ।
Whether the tests were undertaken on the advice of the authorised medical attendant. If so, a certificate to that effect should be attached.

10. दावा का मूल्य Cost of medicine :

चिकित्सा उपचार MEDICAL TREATMENTS

10. दावा की गई कुल राशि :

Total amount claimed

11. ----- तारीख को :

लिया गया अग्रिम घटा दें ।

Less advance taken on

12. दावा की गई वास्तविक राशि :

Net amount claimed

13. संलग्नकों की सूची :

List of enclosures

सरकारी कर्मचारी द्वारा हस्ताक्षर करने का घोषणा पत्र

DECLARATION TO BE SIGNED BY THE GOVERNMENT SERVANT

मैं एतद्वारा यह घोषणा करता / करती हूँ कि जहाँ तक मेरी जानकारी और मेरा विश्वास है इस आवेदन में दिए गए विवरण सही हैं और वह व्यक्ति जिसके लिए चिकित्सा व्यय उपगत किए गए, वह पूरी तरह से मुझ पर निर्भर है ।

I HEREBY DECLARE THAT THE STATEMENT IN THIS APPLICATION ARE TRUE TO THE BEST OF MY KNOWLEDGE AND BELIEF AND THAT THE PERSON FORWHOM MEDICAL EXPENSES WERE INCURRED IS WHOLLY DEPENDENT UPON ME.

मेरे / मेरी पति / पत्नी किसी भी कार्यालय में कार्यरत नहीं है ।

MY WIFE/HUSBAND IS NOT EMPLOYED AT ANY OFFICE.

सरकारी कर्मचारी के हस्ताक्षर और कार्यालय,
जिससे वे संबंधित है

स्थान /PLACE :

SIGNATURE OF THE GOVT. SERVANT

तारीख /DATE :

AND OFFICE TO WHICH ATTACHED

(कार्यालय उपयोग के लिए मात्र FOR OFFICE USE ONLY)

बिल को सावधानी से जाँच किया गया और प्रतीत होता है कि माँगी गई राशि स्वीकार्य है ।
The bill is scrutinized carefully and it appears that the following charges are admissible.

	दावा की गई राशि Amount claimed	अस्वीकृत Disallowed	देय payable
1. दवा का मूल्य Cost of medicines			
2. परामर्श Consultations			
3. इंजेक्शन का प्रभार Injection charges			
4. रोग विज्ञान संबंधी प्रभार (खून मूत्र / मल / एक्स रे प्रभार आदि) Pathological charges (Blood/Urine/Stool/X-ray charges etc.)			

कुल / TOTAL

रु.₹.....(रुपए -----

.....) भुगतान हेतु पारित किया जाए ।

Rs.....(RUPEES. -----

Only) may be passed for payment.

परिशिष्ट / APPENDIX - 14

अनिवार्यता प्रमाण पत्र "ए"
ESSENTIALITY CERTIFICATE - "A"

(उन रोगियों के लिए जिन्हें चिकित्सा के लिए अस्पताल में भर्ती नहीं किया गया)
(To be completed in the case of patients who are not admitted to hospital for treatment)

राष्ट्रीय रेशमकीट बीज संगठन, केन्द्रीय रेशम बोर्ड, ----- के कार्यालय में
कार्यरत श्री / श्रीमती / कु ----- के /की पत्नी / पति/ पुत्र / पुत्री /
पिता / माता / ----- को प्रदान किया गया प्रमाण - पत्र ।

Certificate granted to Mrs/Mr/Miss. ----- Wife/ Husband/ Son/Daughter/ Father/Mother
of Sri/Smt. ----- employed in **CSRTI, Mysore**

मैं डॉ ----- एतद्वारा प्रमाणित करता / करती हूँ कि :
I Dr.hereby certify :

अ) दिनांक 13.8.2019 को अपने परामर्श कक्ष / रोगी के निवास पर परामर्श हेतु मैंने रु..100.00
(रुपए एक सौ मात्र) शुल्क प्राप्त किए ।

That I charged and received Rs. - (Rupees.) for consultation.
(dates to be given)at my consulting room / at the residence of the patient.

ब) दिनांक ----- को अंतःशिरा / अंतःपेशीय / अवत्वचीय इंजेक्शन देने हेतु रु. -----
----- शुल्क प्राप्त किया ।

That I charged and received Rs..... (Rupees.....only) for administering
intravenous/intramuscular/subcutaneous injection on.....

स) दिया गया इंजेक्शन असंक्राम्यता या रोग निरोधी उद्देश्य हेतु था / नहीं था ।

That the injection administered were not / were for immunizing or prophylactic purposes.

द) रोगी अस्पताल ----- / मेरे परामर्श कक्ष में इलाज के लिए रहे हैं तथा इस संबंध में रोगी
के स्थिति में गंभीर विकृति रोकने / ठीक होने के लिए मेरे द्वारा निम्न औषधियों का नुस्ख लिखना
आवश्यक था । प्राइवेट रोगी को देने के लिए अस्पताल ----- में ये दवाएँ उपलब्ध नहीं
थी तथा यह ऐसा कोई स्वाम्य सम्पाक सन्निहित नहीं करती तथा जिसके लिए समान चिकित्सीय महत्व का
कोई सस्ता पदार्थ उपलब्ध नहीं है और न ही ऐसा सम्पाक जो मुख्य रूप से खाद्य, प्रसाधन या विसंक्रामक
है ।

That the patient has been under treatment at. / my consulting room and that the under
mentioned medicines prescribed by me in this connection were essential for the recovery /
prevention of serious deterioration in the condition of the patient. The medicines are not stocked in
the (Name of the hospital) for supply to private patients and to not include proprietary
preparations for which cheaper substance of equal therapeutic value are available nor preparations
which are primarily foods, toilets or disinfectants.

औषधियों का नाम और विवरण DETAILS / NAME OF MEDICINES

नाम व मात्रा
NAME & QUANTITY

कीमत/ PRICE
रु.RS. पै. PS.

य) रोगी ----- से पीड़ित है / था तथा दिनांक ----- से ----- तक मेरी देख रेख में चिकित्सा हुई है / थी ।

That the patient is / was suffering from and is/was under my treatment from

र) रोगी को प्रसव पूर्व या बाद में इलाज़ नहीं दिया गया है / था ।

The patient is / was not given pre-natal or post-natal treatment.

ल) मेरी सलाह पर ----- (प्रयोगशाला / अस्पताल का नाम) में एक्सरे, प्रयोगशाला परीक्षण आदि करवाया गया जिसके लिए रु. ----- खर्च किया गया, जो आवश्यक था ।

That the X-ray, Laboratory test etc., for which an expenditure of Rs..... was incurred was necessary and were taken on my advice at..... (Name of the Hospital or Laboratory)

व) मैंने रोगी को विशेषज्ञ परामर्श हेतु डॉ ----- के यहाँ भेजा तथा नियमानुसार ----- (राज्य के मुख्य प्रशासनिक अधिकारी का नाम) से आवश्यक अनुमोदन लिया गया ।

That I referred the patient to Dr.....for specialist consultation and that the necessary approval of the(Name of the Chief Administrative Office of the State) as required under the rules was obtained.

श) रोगी को अस्पताल में भर्ती करवाने की आवश्यकता नहीं है / थी ।

That the patient did not require / required hospitalization.

प्राधिकृत चिकित्सा अधिकारी के हस्ताक्षर चिकित्सा अधिकारी का पद तथा अस्पताल / औषधालय जिससे संबद्ध हैं ।

Signature of the AMA / Designation
of the Medical Officer & Hospital / स्थान Place
Dispensary to which attached.

दिनांक Date