

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 संबंध 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.

इ) 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.

स्थान /PLACE :
तारीख /DATE :

सरकारी कर्मचारी के हस्ताक्षर और कार्यालय,
जिससे वे संबंधित है
SIGNATURE OF THE GOVT. SERVANT
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.०.....(रुपए -----

.....) भुगतान हेतु पारित किया जाए ।

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

Only) may be passed for payment.

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 NSSO,
CSB.....

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

अ) दिनांक ----- को अपने परामर्श कक्ष / रोगी के निवास पर परामर्श हेतु मैंने
रु..... (रुपए मात्र) शुल्क प्राप्त किए ।
That I charged and received Rs..... (Rupees.....only) 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.....hospital/ 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.
1.	
2.	
3.	

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 to

र) रोगी को प्रसव पूर्व या बाद में इलाज 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 संबंध हैं ।

Signature of the AMA / Designation
of the Medical Officer & Hospital /

Dispensary to which attached.

दिनांक Date

स्थान Place