

केंद्र सरकार कर्मचारी एवं उनके परिवार की चिकित्सा देखभाल या उपचार के संबंध में किए गए चिकित्सा व्यय की प्रतिपूर्ति का दावा करने के लिए आवेदन।

**APPLICATION FOR CLAIMING REIMBURSEMENT OF MEDICAL EXPENSES INCURRED IN CONNECTION WITH MEDICAL ATTENDANCE OR TREATMENT OF CENTRAL GOVT. SERVANTS AND THEIR FAMILIES**

|  |  |  |
|--|--|--|
| 01.  | नाम/Name   |  |
| 02.  | पदनाम/Designation  |  |
| 03.  | मूल वेतन/Basic Pay   |  |
| 04.  | 7वां सीपीसी वेतन मैट्रिक्स स्तर/7th CPC Pay Matrix Level   |  |
| 05.  | आवासीय पता/Residential Address   |  |
| 06.  | कार्य का स्थान/Place of Duty   |  |
| 07.  | मरीज का नाम/Name of the Patient  |  |
| 08.  | सरकारी कर्मचारी से संबंध/Relationship to the Govt. Servant   |  |
| 09.  | बच्चों के संदर्भ में उनकी आयु भी लिखें/<br>Incase of children state age also   |  |
| <b>10. दावा की गई राशि का विवरण /DETAILS OF THE AMOUNT CLAIMED</b> |  |  |
| I  | <b>MEDICAL ATTENDANCE FEES FOR CONSULTATION INDICATION</b>   |  |
| A.   | परामर्श प्राप्त चिकित्सा अधिकारी का नाम और पदनाम और वह अस्पताल या औषधालय जिससे संबद्ध है।/<br>The Name & Designation of the Medical Officer Consulted and the Hospital or Dispensary to which attached.  |  |
| B.   | परामर्शों की संख्या और तारीखें और प्रत्येक परामर्श के लिए भुगतान किया गया शुल्क/<br>The Number and Dates of consultations and the fee paid for each consultation   |  |
| C.   | यदि इंजेक्शन का उपयोग हुआ हो : संख्या व तारीख और इंजेक्शन के लिए भुगतान किया गया शुल्क<br>/The Number and Dates of Injection and the fee paid for each Injection   |  |
| D.   | क्या परामर्श एवं/या इंजेक्शन अस्पताल में, चिकित्सा अधिकारी के परामर्श कक्ष में या रोगी के आवास में दिए गए/Weather consultations and/or Injection were had at the Hospital at the consulting room of the Medical Officer or at the residence of the Patient |  |

|     |   |
|-----|---|
| II  | चिकित्सयीय निदान के दौरान पैथोलॉजी, जीवाण्विक, विकिकरणीय या अन्य इसी प्रकार के परीक्षण OR<br>का प्रभार /<br>CHARGES FOR PATHOLOGICAL, BACTERIOLOGICAL, RADIOLOGICAL<br>OTHER SIMILAR TESTS UNDERTAKEN DURING DIAGNOSIS INDICATIONS                                |
| A.  | अस्पताल या प्रयोगशाला का नाम, जहां उपरोक्त परीक्षण किए गए, एवं/The Name of the Hospital or Laboratory, where the tests were undertaken, and   |
| B.  | क्या प्राधिकृत चिकित्सा परिचारक के परामर्श से परीक्षण कराये गए ? यदि हां, तो इस समबन्ध में प्रमाण पत्र संलग्न करें। /Whether the tests were undertaken on the advice of the Authorised Medical Attendant. If so, a certificate to that effect should be attached. |
| III | बाजार से खरीदी गई दवाओं की लागत/परीक्षण शुल्क /<br>COST OF MEDICINES PURCHASED FROM THE MARKET / TEST CHARGES   |
|     | (दवाओं की सूची, नकद बिल/रसीद/मेमो और अनिवार्यता प्रमाणपत्र संलग्न किया जाना चाहिए /List of Medicines, Cash Bills/Receipt/Memos and the Essentiality Certificate should be attached)   |

|    |  |
|----|--|
| IV | विशेषज्ञ के साथ परामर्श: निम्नलिखित का उल्लेख करते हुए प्राधिकृत चिकित्सा परिचारक के अलावा किसी विशेषज्ञ या चिकित्सा अधिकारी को दिया गया शुल्क/<br>CONSULTATION WITH SPECIALIST: FEES PAID TO A SPECIALIST OR A MEDICAL OFFICER OTHER THAN THE AUTHORISED MEDICAL ATTENDANT INDICATING |
| A. | जिस विशेषज्ञ या चिकित्सा अधिकारी से परामर्श लिया गया उसका नाम और पदनाम और वह अस्पताल जिससे संबद्ध है।/<br>The Name & Designation of the Specialist or Medical Officer Consulted and the Hospital to which attached.  |
| B. | परामर्शों की संख्या और तारीखें और प्रत्येक परामर्श के लिए लिया जाने वाला शुल्क/The Number and Dates of consultations and the fee charged for each consultation   |
| C. | क्या परामर्श अस्पताल में, विशेषज्ञ अथवा चिकित्सा अधिकारी के परामर्श कक्ष में या रोगी के आवास पर किया गया था, एवं /Weather consultations was had at the Hospital, at the consulting room of the specialist or Medical Officer at the residence of the patient                           |
| D. | क्या प्राधिकृत चिकित्सा परिचारक कि सलाह से विशेषज्ञ या चिकित्सा अधिकारी से परामर्श किया गया एवं क्या राज्य के मुख्य प्रशासनिक चिकित्सा अधिकारी से पूर्व अनुमोदन लिया गया था, यदि हां, तो प्रमाण पत्र संलग्न करें। /Weather the Specialist or Medical Officer was consulted             |

|     |   |  |
|-----|---|--|
|     | on the advice of the Authorised Medical Attendant and the prior approval of the Chief Administrative Medical Officer of the Province was obtained. If so, a Certificate to that effect should be attached |  |
| 11. | दावा की गई कुल राशि /TOTAL AMOUNT CLAIMED   |  |
| 12. | लिया गया अग्रिम (कुल राशि से घटाया जाना है) LESS ADVANCE TAKEN ON   |  |
| 13. | दावा की गई निवल राशि/NETT AMOUNT CLAIMED  |  |
| 14. | संलग्नको की सूची नीचे विस्तृत है /LIST OF ENCLOSURES AS DETAILED BELOW:   |  |
|     | 1.  |  |
|     | 2.  |  |
|     | 3.  |  |
|     | 4.  |  |
|     | 5.  |  |

सरकारी सेवक द्वारा हस्ताक्षरित घोषणा//

**DECLARATION TO BE SIGNED BY THE GOVERNMENT SERVANT**

मैं एतद्वारा घोषणा करता/करती हूँ कि इस आवेदन में दिया गया विवरण मेरी सर्वोत्तम जानकारी एवं विश्वास के अनुसार सत्य है और जिस व्यक्ति के लिए चिकित्सा व्यय किया गया है 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 for whom medical expenses were incurred is wholly dependent on me.

स्थान/PLACE :

सरकारी कर्मचारी के हस्ताक्षर /

SIGNATURE OF THE GOVERNMENT SERVANT

तारीख/DATE :

नाम /NAME: \_\_\_\_\_

पदनाम/DESIGNATION: \_\_\_\_\_