



केंद्रीय सरकारी कर्मचारी और उनके परिवार की चिकित्सीय परिचर्या और/या उपचार के संबंध में किए गए चिकित्सा व्यय की वापसी के लिए आवेदन प्रपत्र

Form of application for claiming refund of Medical Expenses incurred in connection with medical attendance and/or treatment of Central Govt. Servant and their Families

1. कर्मचारी का नाम एवं पदनाम Name & Designation of Employee	
(i) विवाहित/अविवाहित Whether married/unmarried	
(ii) यदि विवाहित है तो पति/पत्नी के नियोजन का स्थान If married place where spouse is employed	
2. वह कार्यालय जहाँ कर्मचारी नियोजित है Office at which Employee is employed	
3. मूल नियमावली में परिभाषित सरकारी कर्मचारी का वेतन और अलग से दर्शाई जाने वाली अन्य परिलब्धियाँ Pay of the employee as denied in the fundamental Rules, and any other emoluments, which be shown Separately	
4. कार्यस्थल Place of Duty	
5. वास्तविक आवासीय पता Actual Residential Address	
6. रोगी का नाम और उसका सरकारी कर्मचारी से संबंध Name of patient & relationship with govt. employee	
(i) बच्चों के मामले में उनकी आयु का भी उल्लेख करें In case of children mention age also	
7. वह स्थान जहाँ रोगी बीमार पड़ा Place at which patient fell ill	
8. किए गए दावों की राशि का विवरण Details of Amount Claimed	
(i) परामर्श के लिए शुल्क, विवरण दें: Fees for consultation, indicating:	
1. चिकित्सा परिचर्या MEDICAL ATTENDANCE	
(क) परामर्शदाता चिकित्सा अधिकारी का नाम, पदनाम और अस्पताल/औषधालय जहाँ संलग्न हो	



The name and designation of the medical officer Consulted and the hospital/dispensary at which attached.	
(ख) परामर्श की संख्या और दिनांक तथा प्रत्येक परामर्श के लिए किया गया शुल्क भुगतान। The number and dated of consultations and the fee Paid for each consultation.	
(ग) इंजेक्शन लेने की तिथि और संख्या तथा प्रत्येक इंजेक्शन के लिए किया गया शुल्क भुगतान। The number and dated of injection and the fee paid For each injection.	
(घ) क्या परामर्श और/या इंजेक्शन अस्पताल में, चिकित्सा अधिकारी के परामर्श कक्ष में या रोगी के आवास में दिए गए। Whether consultations and/or injections were had at Hospital, at the consulting room of the medical Officer or residence of the patient	
(ii) चिकित्सीय निदान के दौरान पैथोलॉजी, जीवाण्विक (बैक्टीरियोलॉजिकल), रेडियोलॉजिकल या अन्य इसी प्रकार के परीक्षण के लिए शुल्क- Charges for pathological, Bacteriological, radio-Logical or other similar tests undertaken during the Diagnosis indicating.	
(क) अस्पताल या प्रयोगशाला का नाम जहाँ उपरोक्त परीक्षण किए गए, और The name of the hospital or laboratory where the Tests were undertaken and	
(ख) क्या प्राधिकृत चिकित्सा परिचारक के परामर्श से परीक्षण किए गए थे? यदि हाँ, तो उस संबंध में प्रमाण-पत्र संलग्न करें। Whether the tests were undertaken on the advice of The medical attendant. If so a certificate to that effect Should be attached.	



(iii) बाजार से खरीदी गई दवाइयाँ का मूल्य (दवाइयाँ की सूची, कैश मेमो और आवश्यक प्रमाण-पत्र संलग्न किया जाना चाहिए) Costs of Medicines purchased from the market (List of medicines, cash memos, and the essential Certificates should be attached.	
(9) (क) दावा की गई कुल राशि Total amount claimed	
(ख) घटाएँ: ली गई अग्रिम राशि Less amount of advance taken on	
(ग) निवल दावा राशि Net Amount claimed.	
(10) संलग्नकों की सूची List of enclosures	
(i) निर्देश (प्रिस्क्रिप्शन) Prescription	
(ii) ओपीडी पर्चियाँ OPD Slips	
(iii) प्रमाण-पत्र ए Certificate A	
(iv) कैश मेमो Cash Memos	

क्रमांक	संख्या एवं दिनांक	राशि	दुकान का नाम
Sr. No.	No. & Date	Amount	Name of Shop

कुल

Total



सरकारी कर्मचारी द्वारा हस्ताक्षरित घोषणा
Declaration to be signed by the Government Employee

मैं एतद्द्वारा घोषणा करता/करती हूँ कि इस आवेदन में दिए गए विवरण मेरी सर्वोत्तम जानकारी के अनुसार सत्य हैं और जिस व्यक्ति के लिए चिकित्सा व्यय किया गया है वह पूरी तरह से मुझ पर निर्भर है।

I hereby declare that the statements in this application are true to the best of my knowledge and that the person for whom medical expenses were incurred is wholly dependent upon me.

प्रमाणित किया जाता है कि मेरे आवास के दो किलोमीटर के दायरे में सहकारी समिति अधिनियम के तहत केंद्र या राज्य सरकार या स्थानीय निकायों या किसी अन्य संगठन द्वारा संचालित कोई सरकारी उचित मूल्य की दुकान/सहकारी उपभोक्ताओं की दुकान/दवा डिपो नहीं है।

Certified that there is no Government Fair Price Shop/Co-Operative Consumers' shop/Drug Depots run by the Central or State government or Local bodies or any other organization under the Co-Operative Societies Act, within two kilometers radius from my residence.

दिनांक:

Date:

सरकारी कर्मचारी के हस्ताक्षर

Signature of Government Servant

_____ रुपये के भुगतान हेतु दावा पारित।

Claim Passed for payment for Rs.

दावा राशि _____

Amount Claimed Rs. _____

घटाएँ : अस्वीकृत दावा राशि _____ रु.

Less Amount Disallowed Rs. _____

निवल राशि _____

Net Amount Rs. _____

प्रतिपूर्ति के लिए स्वीकृत _____

Admitted for Reimbursement _____



प्रमाणपत्र "ए"

CERTIFICATE "A"

(उन रोगियों के मामले में भरा जाए जिन्हें इलाज के लिए अस्पताल में भर्ती नहीं किया गया)

(To be completed in the case of patients who are not admitted to hospital for treatment)

_____ में कार्यरत श्री/श्रीमती
_____ पत्नी/सुपुत्र/सुपुत्री _____ को प्रमाणपत्र प्रदान किया गया।

Certificate granted to Mrs./Mr./Miss _____
Wife/Son/Daughter of Shri/Smt. _____ employed in the

_____ मैं, डॉ. _____ एतद्वारा प्रमाणित करता/करती हूँ:

I, Dr. _____ hereby certify:

(क) मैंने परामर्श कक्ष/रोगी के निवास पर दिनांक _____ को _____ परामर्श के लिए
_____ रु. का शुल्क लिया _____ रुपये प्राप्त किए।

that I charged and received Rs. _____ for _____ consultation(S) on
_____ at my consulting room/at the residence of the patient.

(ख) मेरे परामर्श कक्ष/रोगी के निवास पर _____ के लिए इंजेक्शन _____ लगाने के लिए मैंने शुल्क
_____ रु. लिया और _____ रुपये प्राप्त किए।

the I charged and received Rs. _____ for administering _____
Injections on _____ at my consulting room/ at the residence of patient.

(ग) दिए गए इंजेक्शन टीकाकरण या रोगनिरोधी उद्देश्यों के लिए थे/नहीं थे।

That the Injections administrated were/were not for immunizing or prophylactic purposes.

(घ) रोगी का इलाज _____ अस्पताल/मेरे पास परामर्श कक्ष में चल रहा है। इस संबंध में मेरे द्वारा निर्धारित नीचे दी गई दवाइयाँ रोगी की स्थिति में सुधार/ गंभीर स्थिति की रोकथाम के लिए आवश्यक थीं। ए दवाइयाँ _____ अस्पताल में निजी रोगियों को देने के लिए संग्रहीत नहीं की जाती है और इनमें पेटेंट (एकायत) योग शामिल नहीं है जिनके लिए समान चिकित्सकीय गुण के सस्ते द्रव्य उपलब्ध नहीं है और ना ही इन योगों में खाद्य, प्रसाधन सामग्री अथवा निःसंक्रामक शामिल हैं।

That the patient has been under treatment at _____ hospital/me consulting room, and that the undermentioned medicines prescribed by me in this connection were essential for the recovery/prevention of serious determination in the condition of the patient. The medicines are not stocked in the _____ for supply to private patients and do not include proprietary preparations for which cheaper substances of equal therapies value are available nor preparations which are primarily Food, Toilets, or disinfectants.



(ड.) वह रोगी _____ से पीड़ित है/था और दिनांक _____ से _____ तक मेरे उपचाराधीन है/था।

That patient is/was suffering from _____ and is/was under my treatment from _____ to _____

(च) रोगी को प्रसवपूर्व या प्रसवोत्तर उपचार दिया गया है/नहीं दिया गया है।

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

(छ) एक्स-रे, प्रयोगशाला परीक्षण आदि पर _____ रु. का व्यय हुआ है। ये परीक्षण आवश्यक थे और और _____ पर मेरी सलाह पर किए गए थे।

That the X-ray, Laboratory tests etc. for which an expenditure of Rs. _____ was Incurred, were necessary and were undertaken on my advice at _____

(ज) मैंने रोगी को विशेषज्ञ परामर्श के लिए डॉ. _____ के पास भेजा और नियमों के तहत अपेक्षित _____ की आवश्यक मंजूरी प्राप्त की गई थी।

That I referred the patient to Dr. _____ for Specialist Consultation and that the Necessary approval of the _____ as required under the rules, was obtained.

(झ) मरीज को अस्पताल में भर्ती होने की आवश्यकता नहीं थी/थी।

That the patient did not require/required hospitalization.

दिनांक:

Date:

चिकित्सा अधिकारी के हस्ताक्षर, पदनाम और डिग्री
अस्पताल/डिस्पेंसरी जिससे संबद्ध है।

Signature, Designation and Degree of
The Medical Officer, and
Hospital/Dispensary to which attached.



प्रमाणपत्र "ख"

CERTIFICATE "B"

(उपचार के लिए अस्पताल में भर्ती रोगी के मामले में भरा जाना है)

(To be completed in the case of patients who are admitted to hospital for treatment)

_____ में कार्यरत श्री/श्रीमती/श्रीमती _____ की
पत्नी/सुपुत्र/सुपुत्री को प्रमाणपत्र प्रदान किया जाता है।

Certificate granted to Mrs./Mr./Miss _____
Wife/Son/Daughter of Shri/Smt. _____ employed in the

भाग-क

PART-A

मैं, डॉ. _____ एतद्वारा प्रमाणित करता/करती हूँ कि:

I, Dr. _____ hereby certify that:

(क) रोगी को _____ (चिकित्सा अधिकारी का नाम) मेरी सलाह पर
अस्पताल में भर्ती कराया गया था।

that the patient was admitted to hospital on the advice of _____

(Name of the Medical Officer)/on my advice.

(ख) रोगी का इलाज _____ में चल रहा है और

इस संबंध में मेरे द्वारा निर्धारित नीचे दी गई दवाइयाँ रोगियों की हालत में सुधार करने/ गंभीर स्थिति को रोकने के
लिए आवश्यक थीं। निजी रोगियों को देने के लिए दवाइयाँ को _____

(अस्पताल का नाम) में स्टॉक नहीं किया जाता है। इनमें पेटेंट (एकायत) योग शामिल नहीं है जिनके लिए समान
चिकित्सकीय गुण के सस्ते द्रव्य उपलब्ध नहीं है और ना ही इन योगों में खाद्य, प्रसाधन सामग्री अथवा
निःसंक्रामक शामिल हैं।

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

दवाइयों का नाम	कीमत
Name of Medicines	Price
1. _____	_____
2. _____	_____
3. _____	_____



(ग) दिए गए इंजेक्शन टीकाकरण या रोगनिरोधी उद्देश्यों के लिए नहीं थे।

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

(घ) वह रोगी _____ से पीड़ित है/था और दिनांक _____ से _____ तक मेरे उपचाराधीन है/था।

That the patient is/was suffering from _____ and is/was under my Treatment from _____ to _____

(ड.) एक्स-रे, प्रयोगशाला परीक्षण आदि पर _____ रु. का व्यय हुआ है। ये परीक्षण आवश्यक थे और _____ (अस्पताल या प्रयोगशाला का नाम) में मेरे परामर्श पर किए गए थे।

That the X-Ray, Laboratory tests etc for which an expenditure of Rs. _____ was Incurred, were necessary and were undertaken on my advice at (Name of Hospital or Laboratory)

(ज) रोगी को विशेषज्ञ परामर्श के लिए डॉ. _____ को बुलाया और नियमों के तहत अपेक्षित _____ (राज्य के मुख्य प्रशासनिक चिकित्सा अधिकारी का नाम) की आवश्यक मंजूरी प्राप्त की गई थी।

That I called on Dr. _____ for specialist consultation and that the necessary approval of the _____ (Name of the Chief Administrative Medical Officer of the state) as required under the rules, was obtained.

हस्ताक्षर, पदनाम और डिग्री

Signature, Designation and Degree of
अस्पताल के प्रभारी चिकित्सा अधिकारी

The Medical Officer in charge of the case at the Hospital



प्रतिहस्ताक्षर
COUNTERSIGNED

(चिकित्सा अधीक्षक _____ अस्पताल)

(Medical Superintendent _____ Hospital)

मैं प्रमाणित करता/करती हूँ कि रोगी का _____ अस्पताल में उपचार चल रहा है और प्रदान की गई सुविधाएँ न्यूनतम थीं, जो रोगी के उपचार के लिए आवश्यक थीं।

I certify that the patient has been under treatment at the _____ Hospital and that the facilities provided were the minimum, which were essential for the patient's treatment.

स्थान:

चिकित्सा अधीक्षक _____ अस्पताल

Place:

Medical Superintendent _____ Hospital