

## परिशिष्ट १

कर्मचारी आणि त्यांचे कुटूंबीय यांची वैद्यकिय देखभाल आणि / किंवा उपचार यांच्या संबंधात करण्यांत आलेला  
वैद्यकिय खर्चाच्या परताव्याची मागणी करण्याकरिता करावयाच्या अर्जाचा नमुना  
(टीप : प्रत्येक रुग्णाकरिता स्वतंत्र नमुना वापरावा.)

- १. कर्मचा-याचे नांव व पदनाम (ठळक अक्षरात) :
  - २. कर्मचारी ज्या कार्यालयात नोकरीत आहे त्या कार्यालयाचे नांव :
  - ३. वित्तीय नियमान्वये व्याख्या केल्याप्रमाणे कर्मचा-याचे वेतन : रु.  
इतर वितलब्धी स्वतंत्रपणे दर्शविण्यात याव्यात.
  - ४. कामाचे ठिकाण :
  - ५. प्रत्यक्ष निवास स्थानाचा पता :
  - ६. रुग्णाचे नांव आणि कर्मचा-याचे त्याचे/तिचे नाते  
(टीप- मुलाच्या बाबतीत वय सुध्दा नमूद करावे.) :
  - ७. ज्या ठिकाणी रुग्ण आजारी झाला असेल ते ठिकाण :
  - ८. आजाराचे स्वरूप व कालावधी : to
  - ९. मागणी केलेल्या रकमेचा तपशील : रु. 0.0
  - १०. कर्मचा-याच्या नियुक्तीचा दिनांक :
  - ११. सेवानिवत्त कर्मचारी असल्यास सेवानिवतीचा दिनांक :
- वैद्यकिय देखभाल**
- १) रोग लक्षणासाठी सल्ला देण्याची फी द्यावी. :
  - अ) ज्या वैद्यकिय अधिका-याचा सल्ला घेतला असेल त्याचे नांव  
व पदनाम आणि ज्या रुग्णालयाशी किंवा दवाखान्याशी तो  
संबंधीत असेल त्या रुग्णालयाचे किंवा दवाखान्याचे नांव
  - ब) किंती वेळा सल्ला घेण्यांत आला ती संख्या आणि त्यांच्या तारखा आणि प्रत्येक सल्ल्यासाठी दिलेली फी
  - क) रुग्णालयाच्या वैद्यकिय अधिका-याच्या रोग-चिकित्सा कक्षात : -----  
(कन्सल्टेंग रुम) सल्ला घेण्यांत आला की, रुग्णाच्या निवासस्थानी सल्ला घेण्यात आला ते नमूद करावे.
  - २) रोग निदान करतांना करण्यात आलेल्या विकृती चिकित्सा विषयक, अणुजीव शास्त्रीय, क्ष-किरण शास्त्रीय किंवा इतर तत्सम चाचण्यासाठी आकारण्यात आलेली फी त्यामध्ये पुढील गोष्टी नमूद कराव्यात.
  - अ) ज्या रुग्णालयात किंवा प्रयोग शाळेत चाचण्या घेण्यात आल्या होत्या त्या रुग्णालयाचे किंवा प्रयोगशाळेचे नांव
  - ब) दवाखाना व तपासण्या खर्च : रु. 0.0
  - ३) बाजारातून खरेदी केलेल्या औषधांचा खर्च (औषधांची सूची व रोखीच्या पावत्या जोडण्यात याव्यांत.) : रु. 0

**विशेषज्ञांचा सल्ला घेणे-**

विशेषज्ञाला किंवा प्राधिकृत वैद्यकिय देखभाल अधिका-व्यतिरिक्त एखाद्या अन्य वैद्यकिय अधिका-याला देण्यात आलेली फी

त्यामध्ये पुढील गोष्टी दर्शविण्यात याव्यात.

- अ) ज्याचा सल्ला घेण्यांत आला असेल त्या विशेषज्ञाचे किंवा : -----  
वैद्यकिय अधिका-याचे नांव व पदनाम व तो ज्या रुग्णालयाशी  
संलग्न असेल त्या रुग्णालयाचे नांव
- ब) किती वेळा सल्ला घेण्यांत आला ती संख्या व जेव्हां सल्ला : -----  
घेण्यांत आला ती तारीख व प्रत्येक सल्ल्यासाठी आकारण्यांत  
आलेली फी.
- क) सल्ला रुग्णालयात किंवा विशेषज्ञाच्या किंवा वैद्यकिय : -----  
अधिका-याच्या रोग चिकित्सा कक्षात (कन्सलटींग रुम) किंवा  
रुग्णाच्या निवासस्थानी घेण्यात आला होता किंवा कसे ?
- ड) त्या प्रातांच्या मुख्य प्रशासकीय वैद्यकिय अधिका-याच्या पूर्व : -----  
मान्यतेने व सल्ल्याने विशेषज्ञांचा किंवा वैद्यकिय अधिका-याचा  
सल्ला घेण्यात आला होता किंवा कसे ? तसा सल्ला घेण्यात  
आला असेल तर अशा अर्थाचे प्रमाण जोडण्यातयावे.
- १०) मागणी केलेली एकूण रक्कम रु. : 0.0
- ११) सहपत्रांची यादी : फॉर्म A/B/C/D व औषधी देयके
- १२) कुटूंबातील व्यक्तींची संख्या म्हणजेच १७ ऑगस्ट १९६८ रोजी १) २)  
आणि त्यांनंतर जिवंत असलेली मुळे ३) ४)

### कर्मचा-याने सही करून द्यावयाचे प्रतिज्ञापत्र

मी यादवारे जाहीर करतो / करते की, या अर्जामध्ये केलेली निवेदने माझ्या संपूर्ण माहितीप्रमाणे विश्वासाप्रमाणे  
खरी असून ज्या व्यक्तीवर वैद्यकिय खर्च करण्यात आला ती व्यक्ती पूर्णपणे माझ्यावर अवलंबून आहे.  
या सोबत वैद्यकीय खर्चाची मूळ प्रमाणके/कागदपत्रे (संख्या \_\_\_\_\_) कार्यालयास सादर करीत असून खर्चाची  
प्रतिपूर्ती मंजूर करण्यास विनंती आहे.

E.mail:

भ्रमणांवनी/दूरध्वनी क्र:

## **CERTIFICATE FORM 'C'**

### **Certificate of expenses for emergency medical treatment is Government Servant (To be issued by attending private practitioners)**

This is to certify that,

Shri/Smit. \_\_\_\_\_

Address \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ employed in the  
as a \_ was treated by the at w.e.f. to as emergency patient for the  
complaints

of Vital Sign observed\_\_\_\_\_

Necessary emergency investigation\_\_\_\_\_ With  
results\_\_\_\_\_

The Diagnosis was\_\_\_\_\_

Total expenditure (Annexure D) incurred for the treatment was **Rs. 0.0**  
and details of which are given in form 'D'

Certified that after the emergency treatment the patient was advised to attend authorised  
Medical (Authority) attend for treatment.

Place:

Date: **16/01/2026**

Signature of Medical Officer

Hospital Stamp

## **CERTIFICATE FORM 'D'**

(CERTIFICATE OF EXPENDITURE INCURRED IN DETAILS FOR THE  
GOVERNMENT SERVANT TREATED FOR EMERGENCY IN PRIVATE HOSPITAL)  
(TO BE FILLED IN BY TREATING DOCTOR AND TO ATTACH WITH ANNEXURE 'C')

Name of Patient :

Date of Admission :

Date of Discharge :

Hospital Registration No. :

Bed Cat :

| <b>A)</b> | <b>Charges Description</b>                       | <b>Amount (Rs.)</b> |
|-----------|--|---------------------|
| 1)        | i) Admission Charges (w.e.f ____ to ____)        | 0.0                 |
|           | ii) Total Staying Charges                        | 0                   |
| 2)        | Surgeon Charges / Dr. Charges                    | 0.0                 |
| 3)        | Assistant Charges Dr.                            | 0.0                 |
| 4)        | Anesthesia charges                               | 0.0                 |
| 5)        | Operation Theatre Charges                        | 0.0                 |
| 6)        | O.T. Assistant Charges                           | 0.0                 |
| 7)        | RMO Charges                                      | 0.0                 |
| 8)        | Nursing Charges                                  | 0.0                 |
| 9)        | I.V. Infusion or Transfusion Charges             | 0.0                 |
| 10)       | Visit Dr. Charges @ Rs. ____ (Total Visits ____) | 0.0                 |
| 11)       | Special Visits by Dr.                            | 0.0                 |
| 12)       | Monitor Charges                                  | 0.0                 |
| 13)       | Pathology Charges/ Lab Charges                   | 0.0                 |
| 14)       | Oxygen Charges                                   | 0.0                 |
| 15)       | Radiology Charges                                | 0.0                 |
| 16)       | ECG Charges                                      | 0.0                 |
| 17)       | BSL Charges                                      | 0.0                 |
| 18)       | Other Charges                                    | 0.0                 |
|           | <b>Total of (A)</b>                              | <b>0.00</b>         |

Place:

Date:

**Signature of Medical Officer**  
**Hospital Stamp**

## रुग्णालयातील वास्तव्याचा दाखला

दवाखान्याचे नांव :

आजाराचा कालावधी : to

रुग्णाचे नांव :

| <u>अ.क्र.</u> | वास्तव्याचा प्रकार  | दिनांक | एकूण दिवस | दर | एकूण     |
|---------------|---|--------|-----------|----|----------|
| <b>1.</b>     | जनरल वॉर्ड (सर्वसाधारण कक्ष)  |        |           |    |          |
| <b>2.</b>     | जनरल वॉर्डाच्या सर्वसाधारण कक्षाच्या बाजूचा बाथरूम नसलेला कक्ष (सेमीप्रायव्हेट रूम) |        |           |    |          |
| <b>3.</b>     | बाथरूमसह स्वतंत्र कक्ष (प्रायव्हेट रूम )  |        |           |    |          |
| <b>4.</b>     | बाथरूमसह डबल बेडेड कक्ष (प्रायव्हेटस्पे.रूम)  |        |           |    |          |
| <b>5.</b>     | बाथरूमसह वातानुकूलित कक्ष (प्रायव्हेटए.सी रूम)                                      |        |           |    |          |
| <b>6.</b>     | अतिदक्षता कक्ष (आय.सी.यु.)  |        |           |    |          |
| <b>7.</b>     | एन.आय.सी.यु.  |        |           |    |          |
|               | एकूण  |        |           |    | <b>0</b> |

स्थळ :

दिनांक : 16/01/2026

वैद्यकीय अधिकाऱ्याची सही  
व रुग्णालयाचा शिक्का

**पती / पत्नी / आई / वडील सेवेत असल्याबाबत /**  
**नसल्याबाबतचा दाखला**

मी. श्री. सत्य प्रतिज्ञेवर प्रमाणित करीतो /करते की, माझे कुटुंबात मी एकटाच /  
एकटीच. या कार्यालयामध्ये या पदावर सेवेत आहे.

माझे / माझी पती / पत्नी /आई वडील /श्री. / सौ. \_\_\_\_\_ हे /ही कोणत्याही खाजगी /  
निमशासकीय / शासकीय विभागात सेवेत आहे / नाही. अथवा निवृत्ती वेतनधारक व कुटुंबनिवृत्ती  
वेतनधारक आहेत / नाहीत.

तसेच त्यानां कोणताही वैद्यकीय भत्ता / वैद्यकीय प्रतिपूर्ती मिळत नाही.  
ती / ते या कार्यालयामध्ये \_\_\_\_\_ पदावर सेवेत आहेत.

कार्यालयाचे नांव \_\_\_\_\_  
कोडनं.

**हमी पत्र**

मी सत्य प्रतिज्ञेवर लिहून देतो/ देते की, सदरचे वैद्यकीय प्रतिपूर्ती संबंधातील बिल लेखा  
परिक्षणात नामंजूर करण्यात आल्यास वसुलीच्या रक्कमेची एक रकमी भरपाई करून टेईन.

तसेच मी हया दाव्यात मागणी केलेल्या रकमेसाठी कोणत्याही खाजगी अथवा शासकीय  
विमा कंपनीकडे दावा दाखल केलेला नाही वा करणार नाही.

ठिकाण :

दिनांक : 16/01/2026

## कुटुंब प्रमाणपत्र

कार्यालयाचे नांव -

- १) प्रमाणित करण्यात येते की, श्री. यांना १५-८-८६ पूर्वी \_\_\_\_\_ मुले-मुली व १५-८-६८ नंतर\_\_\_\_\_ मुले - मुली आहेत.
- २) कर्मचा-यांना देण्यात येणा-या वैद्यकिय खर्च प्रतिपूर्ती सवलत संबंधातील नियमानुसार अनुज्ञेय असलेल्या सवलती मिळण्यास ते पात्र आहेत / नाहीत.
- ३) संतती नियमन शस्त्रक्रिया दि.\_\_\_\_\_ रोजी करण्यात आलेली असून सोबत प्रमाणपत्र जोडले आहे.

स्थळ -

दिनांक- **16/01/2026**

## -खर्चाचे प्रमाणपत्र-

कर्मचा-याचे नांव हुद्दा संस्थेचे नांव \_\_\_\_\_ रुग्णाचे नांव वय वर्ष नाते सत्य प्रतिज्ञेवर प्रमाणित करतो/करते की हे माझेवर अवलंबून असून त्यांच्या आजारपणासाठीचा औषधोपचाराचा व हॉस्पिटलचा सर्व खर्च मी स्वतः केला आहे.

स्थळ -

दिनांक- **16/01/2026**

## कुटुंबाचा तपशील

कर्मचाऱ्याचे नाव -

हुद्दा -

राहण्याचा पत्ता -

| अ. नं. | सदस्यांची पूर्ण नावे | नाते | वय | व्यवसाय |
|--------|----------------------|------|----|---------|
| 1.     |                      |      |    |         |
| 2.     |                      |      |    |         |
| 3.     |                      |      |    |         |
| 4.     |                      |      |    |         |
| 5.     |                      |      |    |         |
|        |                      |      |    |         |
|        |                      |      |    |         |

वरील दिलेल्या माहितीमधील अ. नं. 1 ते \_\_\_\_\_ पूर्णपणे माझ्यावर अवलंबून आहेत. व दिलेली सर्व माहिती अचूक असून त्याला मी सर्वस्वी जबाबदार राहील.

## **EMERGENCY CERTIFICATES**

This is to certify that,

Mr./Mrs.

is under my treatment from \_\_\_\_\_

He/She is suffering from \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

He/She was admitted to this Hospital from   **to**

as an EMERGENCY CASE.

Drugs prescribed to during his/her hospitalization on period wef to   **to**

do not contain food, Alcohol, tonic & Blood supplements.

The equipments & IV Sets, Medicines used exclusively for him only. They were not reused.

Place:

Date:

**Signature of Medical Officer**

**Hospital Stamp**

## **Nursing Certificate**

This is to certify that Smt. /Shri \_\_\_\_\_ Admitted under my case in this hospital his condition was critical and hence required special nurse to take proper care of her / him Nursing was provided from this hospital.

**Place:**

**Date: 16/01/2026**

**Signature of Medical Officer**

**Hospital Stamp**

\*\*\*\*\*

### **विशेष परिचर्या प्रमाणपत्र**

प्रमाणित करण्यात येते की, हे/हया डॉ. यांच्या येथील दवाखान्यात दिनांक ते पर्यंत भरती होते/होत्या. या कालावधीत शस्त्रक्रिया करण्यात आली असून महाराष्ट्र राज्य सेवा वैद्यकीय देय नियम 1961 नियम 2 (7-ई) नुसार नर्सिंग (परिचर्या) आवश्यक असल्याचे सक्षम वैद्यकीय प्राधिकाऱ्याचे प्रमाणपत्र देयकासोबत जोडणे आवश्यक असल्याने सदर प्रमाणपत्र देण्यात येत आहे.

**वैद्यकीय अधिकाऱ्याची स्वाक्षरी**

**व रुग्णालयाचा शिक्का**

## प्रमाणपत्र

मी, असे लिहून देतो की, माझे औषध उपचाराची रक्कम व वैद्यकीय प्रतिकृती देयकाची एकूण रक्कम यांची एकूण बेरीज बरोबर आहे.

करिता हे प्रमाणित करण्यात येते.

दिनांक:-

\*\*\*\*\*

## प्रमाणपत्र

मी, माझे वैद्यकीय प्रतिकृती देयकाची मिळणारी रक्कम आयकर विवरण पत्रामध्ये परताव्यामध्ये दाखविली जाईल.

करिता हे प्रमाणित करण्यात येते.

दिनांक:-

\*\*\*\*\*

## प्रमाणपत्र

प्रमाणित करण्यात येते की, सदरचा वैद्यकीय प्रस्ताव मी यापूर्वी इतरत्र कुठेही सादर केलेला नाही अथवा सदर वैद्यकीय खर्चाबाबत अग्रीम उचल घेतलेली नाही.

करिता प्रमाणित करण्यात येते.

दिनांक:-

## वैद्यकीय खर्च प्रतिपूर्ती चा दावा विहित कालावधीत सादर केल्याचे प्रमाणपत्र

प्रमाणित करण्यात येते की, यांनी  
त्यांच्या पत्नीवरती दिनांक \_\_\_\_\_ ते या कालावधीत केलेल्या  
वैद्यकीय उपचाराचा खर्चाचा प्रतिपूर्तीचा दावा या कार्यालयास विहित कालावधीत दिनांक \_\_\_\_\_  
रोजी सादर केल्याचे अभिलेखावरून दिसून येत आहे.  
करिता प्रमाणपत्र देण्यात येते.

दिनांक:-

टिकाण:- 16/01/2026

\*\*\*\*\*

## आर्थिक घट्या अवलंबून असल्याबाबतचे प्रमाणपत्र

प्रमाणित करण्यात येते की,  
यांच्यावर कुटुंबाच्या तपशिलावरील इतर सदस्य आर्थिक घट्या माझ्यावरती अवलंबून आहेत.  
करिता प्रमाणपत्र देण्यात येते.

दिनांक:-

टिकाण:- 16/01/2026

## तपासणी सूची

| अ. क्र. | विवरण   | पान क्र. |
|---------|---|----------|
| 1       | जिल्हा शल्य चिकित्सक यांचे प्रमाणपत्र   |          |
| 2       | परिशिष्ट - 01   |          |
| 3       | फॉर्म - सी  |          |
| 4       | फॉर्म - डी  |          |
| 5       | रुग्णालयाचे बील   |          |
| 6       | पैसे मिळाल्याच्या पावत्या   |          |
| 7       | मेडीसीन लिस्ट   |          |
| 8       | मेडीकल पावत्या  |          |
| 9       | डिस्चार्ज कार्ड   |          |
| 10      | तपासणीचे कागदपत्र   |          |
| 11      | रुग्णालयातील वास्तव्याचे विवरण  |          |
| 12      | पती / पत्नी / आई / वडील सेवेत असल्याबाबत / नसल्याबाबत                                       |          |
| 13      | हमी पत्र दावा इतर कुठेही सदर न केलेबाबत   |          |
| 14      | मर्यादीत कुटंब प्रमाणपत्र   |          |
| 15      | खर्चाचे प्रमाणपत्र, अवलंबून असल्याबाबत प्रमाणपत्र   |          |
| 16      | कुटुंबाचा तपशील परिशिष्ट-सात  |          |
| 17      | अकस्मिकतेबाबतचे प्रमाणपत्र  |          |
| 18      | नर्सिंग चार्जेस बाबतचे प्रमाणपत्र   |          |
| 19      | विशेष परिचर्या प्रमाणपत्र   |          |
| 20      | बेरीज बरोबर असल्याबाबतचे प्रमाणपत्र   |          |
| 21      | आयकर विवरण पत्रामध्ये परतात्याबाबतचे प्रमाणपत्र   |          |
| 22      | वैद्यकीय खर्चाबाबत अग्रीम उचल घेतलेली नाही व इतरत्र कुठेही सादर केले नाही बाबतचे प्रमाणपत्र |          |
| 23      | वैद्यकीय खर्च प्रतिपूर्ती चा दावा विहित कालावधीत सादर केल्याचे प्रमाणपत्र                   |          |
| 24      | आर्थिक दृष्ट्या अवलंबून असल्याबाबतचे प्रमाणपत्र   |          |
| 25      | वेतन प्रमाणपत्र   |          |

## वैद्यकीय खर्चाची परिगणना

शासन निर्णय, सार्वजनिक आरोग्य विभाग क्रमांक एमएजी 2005/9/ प्र.क्र. आरोग्य- 3 दि. 19/03/2005 नुसार

| कर्मचाऱ्याचे नाव             |  |                  |                     |
|------------------------------|--|------------------|---------------------|
| रुग्णाचे नाव व नाते          | व  |                  |                     |
| रुग्णालयातील वास्तव्याचा काळ | to   |                  |                     |
| रुग्णालयाचे नाव              |  |                  |                     |
| आजाराची नाव व क्रमांक        |  |                  |                     |
| अ.                           | प्रत्यक्ष खर्चाचा तपशील  | रक्कम            |                     |
| 1                            | रुग्णालयीन खर्च  | 0.00             |                     |
| 2                            | वास्तव्याचा खर्च   | 0                |                     |
| 3                            | औषधी खर्च  | 0                |                     |
| 4                            | पॅथॉलॉजी खर्च (बाहेरून केलेल्या तपासण्या)                                    | 0.0              |                     |
| 5                            | एकूण खर्च  | 0.0              |                     |
|                              | अनुजे खर्चाचे तपशील  |                  |                     |
| 6                            | रुग्णालयीन खर्चाचे प्रतिपूर्तीचे प्रमाण 90%                                  | 0.00             |                     |
| 7                            | औषधांसाठी अनुजे खर्चाचे प्रमाण प्रत्यक्ष खर्च पैकी प्रतिपूर्ती चे प्रमाण 90% | 0.00             |                     |
| 8                            | पॅथॉलॉजी खर्च बाहेरून केलेल्या तपासण्या 90%                                  | 0.00             |                     |
| 9                            | वास्तव्याचा प्रकार   | दिनांक ते दिनांक | प्रत्यक्ष खर्च      |
| 1                            | जनरल वार्ड (सर्व सामान्य कक्ष) 95%   |                  | अनुजे रक्कम<br>0.00 |
| 2                            | जनरल वॉर्डच्या (सर्वसामान्य कक्षाच्या)<br>बाजूचा बाथरूम नसलेल्या कक्ष 90%    |                  | 0.00                |
| 3                            | बाथरूम सह स्वतंत्र कक्ष 75%  |                  | 0.00                |
| 4                            | बाथरूम सह डबल बेड कक्ष 75%   |                  |                     |
| 5                            | अति दक्षता कक्ष 100%   |                  |                     |
|                              | वास्तव्यापोटी एकूण देयक रक्कम  | 0.00             |                     |
| 10                           | एकूण देयक रक्कम (6+7+8+9)  | 0.00             |                     |

## **MEDICINE LIST**

Name of Patient :  
Date of Admission :  
Date of Discharge :

**Place:**

Date:

**Signature of Medical Officer  
Hospital Stamp**