

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) | : Test User (Desig) |
| २. | कर्मचारी ज्या कार्यालयात नोकरीत आहे त्या कार्यालयाचे नांव | : Test Office |
| ३. | वित्तीय नियमान्वये व्याख्या केल्याप्रमाणे कर्मचा-याचे वेतन इतर वितलबधी स्वतंत्रपणे दर्शविण्यात याव्यात. | : रु. 50000 |
| ४. | कामाचे ठिकाण | : Test Place |
| ५. | प्रत्यक्ष निवास स्थानाचा पत्ता | : Test Address |
| ६. | रुग्णाचे नांव आणि कर्मचा-याचे त्याचे/तिचे नाते (टीप- मुलाच्या बाबतीत वय सुध्दा नमूद करावे.) | :Test Patient Self
:Self 30 |
| ७. | ज्या ठिकाणी रुग्ण आजारी झाला असेल ते ठिकाण | : Test Illness Place |
| ८. | आजाराचे स्वरूप व कालावधी | :01/12/2025 to 05/12/2025 |
| ९. | मागणी केलेल्या रकमेचा तपशील | : रु. 800 |
| १०. | कर्मचा-याच्या नियुक्तीचा दिनांक | : 01/01/2020 |
| ११. | सेवानिवत 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 | : Dr. Test, Test Hospital |
| ब) | किती 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 आल्या होत्या त्या रुग्णालयाचे किंवा प्रयोगशाळेचे नांव | : |
| ब) | दवाखाना व तपासण्या खर्च | : रु. 100 |
| ३) | बाजारातून खरेदी केलेल्या औषधांचा खर्च (औषधांची सूची व रोखीच्या पावत्या जोडण्यात याव्यांत.) | : रु. 200 |

विशेषज्ञांचा सल्ला घेणे-

विशेषज्ञाला किंवा प्राधिकृत वैद्यकिय देखभाल अधिका-याव्यतिरिक्त 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 वैळा 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. : 800

११) सहपत्रांची यादी : फॉर्म A/B/C/D व ॲौषधी देयके

१२) कुटुंबातील व्यक्तींची संख्या म्हणजेच १५ ऑगस्ट १) २)

१९६८ रोजी आणि त्यांनंतर जिवंत असलेली मुले ३) ४)

कर्मचा-याने सही करून द्यावयाचे प्रतिज्ञापत्र

मी याद्वारे 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:

Test User (Desig)

Test Office

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. **Test Patient Eng**

Address _____

employed in the _____
as a **Test Desig Eng** was treated by the **Dr. Test Eng** at **Test Hospital Eng** w.e.f.

01/12/2025 to 05/12/2025 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. 800**
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: **Test Place**

Date: **12/12/2025**

Signature of Medical Officer

Hospital Stamp

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.

Test User (Desig)

Test Office

कार्यालयाचे नांव _____
कोडनं.

हमी पत्र

मी **Test User (Desig)** सत्य प्रतिज्ञेवर लिहून देतो / देते की, सदरचे वैद्यकिय
प्रतिपूर्ती संबंधातील बिल लेखा परिक्षणात नामंजूर करण्यात आल्यास वसुलीच्या रक्कमेची एक रकमी भरपाई
करून देईन.

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

ठिकाण : **Test Place**

दिनांक : 12/12/2025

Test User (Desig)

Test Office

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 - **Test Place**

दिनांक- **12/12/2025**

Test User (Desig)

Test Office

-खर्चाचे प्रमाणपत्र-

कर्मचा-याचे नांव हुद्दा संस्थेचे नांव _____ रुग्णाचे नांव वय 30

वर्ष नाते सत्य प्रतिज्ञेवर प्रमाणित करतो / करते की, हे माझेवर अवलंबून असून त्यांच्या आजारपणासाठीचा औषधोपचाराचा व हॉस्पिटलचा सर्व खर्च मी स्वतः केला आहे.

स्थळ - **Test Place**

दिनांक- **12/12/2025**

Test User (Desig)

Test Office

कुटुंबाचा तपशील

कर्मचाऱ्याचे नाव -

हुद्दा -

राहण्याचा पत्ता - **Test Address**

अ. नं.	सदस्यांची पूर्ण नावे	नाते	वय	व्यवसाय
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				

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

Test User (Desig)

Test Office

रुग्णालयातील वास्तव्याचा दाखला

दवाखान्याचे नांव-

आजाराचा कालावधी- 01/12/2025 to 05/12/2025

रुग्णाचे नांव -

अ.क्र.	वास्तव्याचा प्रकार	दिनांक	एकूण दिवस	दर	एकूण
1.	जनरल वॉर्ड (सर्वसाधारण कक्ष)				
2.	जनरल वॉर्डच्या सर्वसाधारण कक्षाच्या बाजूचा बाथरूम नसलेला कक्ष (सेमीप्रायव्हेट)				
3.	बाथरूमसह स्वतंत्र कक्ष (प्रायव्हेट रूम)				
4.	बाथरूमसह डबल बेडेड कक्ष (प्रायव्हेटस्पे.रूम)				
5.	बाथरूमसह वातानुकूलित कक्ष (प्रायव्हेट.सी रूम)				
6.	अतिदक्षता कक्ष (आय.सी.यु.)				
7.	एन.आय.सी.यु.				
	एकूण				500

स्थळ : Test Place

दिनांक: 12/12/2025

वैद्यकीय अधिकाऱ्याची सही
व रुग्णालयाचा शिक्का

EMERGENCY CERTIFICATES

This is to certify that,

Mr./Mrs. Test Patient Eng

is under my treatment from _____

He/She is suffering from _____

He/She was admitted to this Hospital from **01/12/2025 to 05/12/2025**

as an **EMERGENCY CASE.**

Drugs prescribed to during his/her hospitalization on period wef to **01/12/2025 to 05/12/2025** do not contain food, Alcohol, tonic & Blood supplements.

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

Place: **Test Place**

Signature of Medical Officer

Date: **12/12/2025**

Hospital Stamp

Nursing Certificate

This is to certify that Smt. /Shri **Test Patient Eng**

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: Test Place

Signature of Medical Officer

Date: 12/12/2025

Hospital Stamp

विशेष परिचर्या प्रमाणपत्र

प्रमाणित करण्यात येते की, हे/ह्या डॉ. यांच्या येथील दवाखान्यात दिनांक

01/12/2025 ते 05/12/2025 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, **Test User (Desig)** 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:-

Test User (Desig)

Test Office

प्रमाणपत्र

मी, **Test User (Desig)** माझे वैद्यकीय प्रतिकृती देयकाची मिळणारी रक्कम आयकर विवरण पत्रामध्ये परताव्यामध्ये दाखविली जाईल.

करिता हे प्रमाणित करण्यात येते

दिनांक:-

Test User (Desig)

Test Office

प्रमाणपत्र

प्रमाणित करण्यात येते की, सदरचा वैद्यकीय प्रस्ताव मी **Test User (Desig)** यापूर्वी इतरत्र कुठेही सादर केलेला नाही अथवा सदर वैद्यकीय खर्चाबाबत अग्रीम उचल घेतलेली नाही.

करिता प्रमाणित करण्यात येते.

दिनांक:-

Test User (Desig)

Test Office

वैद्यकीय खर्च प्रतिपूर्ती चा दावा विहित कालावधीत सादर केल्याचे

प्रमाणपत्र

प्रमाणित करण्यात येते की, **Test User (Desig)** यांनी त्यांच्या
पत्नीवरती दिनांक **01/12/2025** ते **05/12/2025** 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:- **Test Place**

टिकाण:- **12/12/2025**

Test User (Desig)

Test Office

आर्थिक दृष्ट्या अवलंबून असल्याबाबतचे प्रमाणपत्र

प्रमाणित करण्यात येते की, **Test User (Desig)** यांच्यावर
कुटुंबाच्या तपशिलावरील इतर सदस्य आर्थिक दृष्ट्या माझ्यावरती अवलंबून आहेत.
करिता प्रमाणपत्र देण्यात येते.

दिनांक:- **Test Place**

टिकाण:- **12/12/2025**

Test User (Desig)

Test Office

Test Office

अ. क्र.	विवरण	पान क्र.
1	जिल्हा शल्य चिकीत्सक 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	ठोस समर्थन प्रमाणपत्र, प्रस्ताव इतरत्र दाखल न केल्याबाबत व अग्रीम उचल न घेतल्याबाबत प्रमाणपत्र	
14	मर्यादीत कुटंब दाखला व अवलंबून असल्याबाबत प्रमाणपत्र	
15	अवलंबून असल्याबाबत प्रमाणपत्र	
16	कौटुंबीक माहीती परिशिष्ट-सात	
17	अकस्मिकतेबाबतचे प्रमाणपत्र	
18	नर्सिंग चार्जस बाबतचे प्रमाणपत्र	
19	विशेष परिचर्या प्रमाणपत्र	
20	बेरीज बरोबर असल्याबाबतचे प्रमाणपत्र	
21	आयकर विवरण पत्रामध्ये परताव्याबाबतचे 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	

कर्मचा-याची सही