

 चिकित्सा खर्च दावा MEDICAL EXPENSES CLAIM		नाम व पता NAME & ADDRESS				सूचनाएँ INSTRUCTIONS				
		कर्मचारी क्र. EMPLOYEE NO.				1. हरेक चिकित्सा खर्च दावे के साथ डाक्टर द्वारा दिया गया प्रिस्क्रिप्शन व सम्बन्धित वाउचर सम्बन्धी कर्मचारी के हस्ताक्षर प्रस्तुत किया जाना चाहिए। / EACH CLAIM SHOULD BE SUPPORTED BY THE DOCTOR'S PRESCRIPTION AND RELEVANT VOUCHERS DULY SIGNED BY THE EMPLOYEE. 2. अस्पताल में भर्ती के मामलों को छोड़कर प्रस्तुत खर्च में प्राधिकृत चिकित्सा परामर्श के दवाखाने में किया गया खर्च परीक्षण और खरीदी गयी दवाईयों का खर्च स्तम्भ 8 में दिखाना चाहिए। / PARTICULARS OF ALL EXPENSES INCURRED IN THE DISPENSARY OF THE AUTHORISED MEDICAL ATTENDANT CHARGES FOR VARIOUS TESTS AND MEDICINES PURCHASED SHOULD BE SHOWN UNDER COLUMN NO. 8. 3. अस्पताल में किये गये खर्च अलग से दिखाने चाहिए। / PARTICULARS OF EXPENSES ON HOSPITALISATION MAY BE SHOWN SEPARATELY. 4. इस फार्म का उपयोग परिवार के सभी सदस्यों के लिए किया जा सकता है। / THIS FORM CAN BE USED FOR WHOLE FAMILY.				
		पदनाम DESIGNATION	विभाग DEPTT.	कार्यालय OFFICE						
		स्थान LOCATION	ग्रेड GRADE	मूल वेतन BASIC PAY						
क्रम सं. SR NO.	बीमार का नाम NAME OF PATIENT	आयु AGE	संबंध RELATIONSHIP	बीमारी का प्रकार NATURE OF ILLNESS	डाक्टर/विशेषज्ञ का नाम NAME OF DOCTOR/SPECIALIST	कैश मीमो व रसीद का विवरण PARTICULARS OF CASH/MEMO RECEIPT			कार्यालय के उपयोग के लिए FOR OFFICE USE ONLY	
						अस्पताल HOSPITALISATION क्र. No. दिनांक DATE	अस्पताल में भर्ती के मामलों को छोड़कर OTHER THAN HOSPITALISATION क्र. No. दिनांक DATE	दावे की रकम AMOUNT CLAIMED रु. Rs.	पास किया गया PASSED FOR	कटौती का विवरण DEDUCTION PARTICULARS
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
दावे की रकम (शब्दों में) AMOUNT CLAIMED (IN WORDS)						कुल TOTAL				
प्रमाण CERTIFICATE 1. प्रमाणित किया जाता है कि मेरा पुत्र/पुत्री जिसकी उम्र _____ को रोजगार नहीं है और पूरी तरह मेरे आश्रित है। CERTIFIED THAT MY SON/DAUGHTER AGED _____ IS NOT EMPLOYED AND IS FULLY DEPENDENT ON ME. 2. प्रमाणित किया जाता है कि मेरी पत्नी नौकरी नहीं करती है/नौकरी करती है लेकिन वह नियोजता से चिकित्सा खर्च का दावा नहीं करती है। CERTIFIED THAT MY WIFE IS NOT EMPLOYED/IS EMPLOYED BUT NOT CLAIMING ANY MEDICAL REIMBURSEMENT FROM HER EMPLOYER. 3. प्रमाणित किया जाता है कि मेरे पति (सरकारी/अर्धसरकारी/स्थानीय बोर्ड) _____ के कार्यालय में काम करता है, और नियोजता से चिकित्सा खर्च का दावा नहीं करते हैं। CERTIFIED THAT MY HUSBAND IS EMPLOYED IN THE OFFICE OF (GOVERNMENT/SEMI-GOVERNMENT/LOCAL BODIES) _____ AND IS NOT CLAIMING MEDICAL REIMBURSEMENT FROM HIS EMPLOYERS. 4. प्रमाणित किया जाता है कि मेरे पति नौकरी नहीं करते हैं और पूरी तरह अपंग है और सभी स्रोतों से उनकी प्रतिमाह आय रु. 350/- से ज्यादा नहीं है। CERTIFIED THAT MY HUSBAND IS NOT EMPLOYED/TOTALLY DISABLED AND HIS MONTHLY INCOME FROM ALL SOURCES DOES NOT EXCEED RS. 350/- PER MONTH. 5. मैं परिवार _____ से पुत्र हूँ और मेरे माता/पिता, आयु _____ मेरे साथ रहते हैं और पूर्णतः मेरे आश्रित हैं, और खर्च के लिए पूरी तरह मुझ पर निर्भर हैं या उनकी आय रु. 1000/- से ज्यादा नहीं है। इसके अतिरिक्त मेरे साथ पैसा कमाने वाले भाई/बहन रहते नहीं हैं। I AM _____ THE SON IN THE FAMILY AND MY FATHER/MOTHER AGED _____ YEAR IS RESIDING WITH ME AND HE/SHE IS WHOLLY DEPENDENT ON ME FOR HIS/HER LIVELIHOOD AND HE/SHE HAS NO SOURCE OF INCOME OR HIS/HER INCOME FROM ALL THE SOURCES IS NOT EXCEEDING RS. 1000/- PER MONTH FURTHER NONE OF MY EARNING BROTHERS/SISTERS ARE RESIDING WITH ME/MY PARENTS 6. यह दावा (प्रथम/द्वितीय/तृतीय) _____ प्रसूति के लिए है। THIS CLAIM IS TOWARDS (1ST/2ND/3RD) _____ DELIVERY.						कर्मचारी के हस्ताक्षर SIGNATURE OF EMPLOYEE		रु. के लिए पास किया PASSED FOR RS.		
						संलग्नक सं. ENCL. NO.				
						दिनांक DATE		हस्ताक्षर SIGNATURE		
कर्मचारी के हस्ताक्षर/ SIGNATURE OF EMPLOYEE										