

केन्द्र सरकार के कर्मचारियों और उनके परिवार के सदस्यों की चिकित्सा परिचर्या उपचार पर किए गए खर्च की वापसी के लिए आवेदन पत्र

**FORM OF APPLICATION FOR CLAIMING REFUND OF MEDICAL EXPENSES
INCURRED IN CONNECTION WITH MEDICAL ATTENDANCE AND/OR TREATMENT
OF CENTRAL GOVERNMENT SERVANTS AND THEIR FAMILIES**

टिप्पणी : प्रत्येक रोगी के लिए अलग फार्म भरें।

N. B. : Separate Form should be used for each patient

1. सरकारी कर्मचारी का नाम और पदनाम
(स्पष्ट अक्षरों में)

Name and designation of the Government Servant
(in block letter)

2. कार्यालय का नाम
Office in which employed

3. कर्मचारी का वेतन तथा अन्य परिलब्धियाँ
(जो अलग से दिखाई जाए)

Pay of the Employee as defined in the FR and
other emoluments, which should be shown separately

4. कार्य करने का स्थान
Place of duty

5. वास्तविक आवास का पता
Actual residential address

6. रोगी का नाम और उसका कर्मचारी से संबंध
(बच्चों के संबंध में आयु लिखें)

Name of the patient and his/her relationship to the employee
(N.B. - in the case of children state age)

7. रोगी की बीमार पड़ने का स्थान
Place at which the patient fell ill

8. रोगी की प्रकृति और उसकी अवधि
Nature of illness and its duration

9. मांगी गई राशि का विवरण
Details of the amount claimed :

1. चिकित्सा परिचर्या

MEDICAL ATTENDANCE :

(i) परामर्श शुल्क

Fees for consultation, indicating --

(a) चिकित्सा अधिकारी का नाम व पदनाम तथा वह किस अस्पताल व चिकित्सा से संबद्ध है ?

The name and designation of the medical officer consulted
and the hospital or dispensary to which attached.

(b) परामर्श की संख्या तथा तारीख और प्रत्येक परामर्श पर दिया गया शुल्क ।

The number and dates of consultations and the fee paid for
each consultation.

(c) क्या परामर्श अस्पताल में या चिकित्सा अधिकारी के परामर्श कक्ष में या

रोगी के निवास पर लिया गया है ? (बिल तथा रसीदें संलग्न करें)

Whether consultations were held at the hospital, at the
consulting room of the medical officer or at the residence
of the patient? (Bills and receipts should attached).

(ii) रोग निदान के दौरान प्रयोगशाला रोगाणु संबंधी विकिरण तथा अन्य परीक्षणों पर किया गया व्ययः
Charges for pathological, bacteriological, radiological or other similar tests undertaken during diagnosis indicating :

- (a) परीक्षण करने वाले अस्पताल या प्रयोगशाला का नाम
The name of the hospital of laboratory where the tests were undertaken and
- (b) क्या परीक्षण प्राधिकृत चिकित्सा अधिकारी की सलाह पर किये गए थे ?
यदि हाँ तो इस संबंध 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 का मूल्य
(दवाओं की सूची रसीदें तथा अनिवार्यता प्रमाणपत्र संलग्न करें)
Cost of medicines, purchased from the market
(List of medicines, cash memos, and the essentiality certificate)

(II) अस्पताल में उपचार (संलग्न प्रपत्र के अनुसार)
HOSPITAL TREATMENT (as per separate form attached)

(III) विशेषज्ञ से परामर्श (संलग्न प्रपत्र के अनुसार)
CONSULTATION WITH SPECIALIST (as per separate form attached)

10. कुल माँगी गई राशि
Total amount claimed

11. अनुलग्नकों की सूची
List of enclosures

सरकारी कर्मचारी द्वारा घोषणा
DECLARATION TO BE SIGNED BY THE GOVERNMENT SERVANT

मैं एतद्वारा यह घोषित करता हूँ कि मेरी जानकारी तथा विश्वास के आधार पर इस आवेदन पत्र में दी गई सूचनाएं सही हैं और जिस व्यक्तियों के लिए चिकित्सा व्यय की मांग की गई है वे मुझ पर पूर्ण रूप से आश्रित हैं।

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

दिनांक
Date

सरकारी कर्मचारी के हस्ताक्षर
और कार्यालय का नाम
Signature of the Government Servant
and office to which attached.

