

विज्ञान एवं प्रौद्योगिकी उच्च अध्ययन संस्थान
INSTITUTE OF ADVANCED STUDY IN SCIENCE AND TECHNOLOGY

विज्ञान एवं प्रौद्योगिकी मंत्रालय
(Ministry of Science and Technology)
चिकित्सा दवा के लिए आवेदन फॉर्म
FORM OF APPLICATION FOR MEDICAL CLAIMS

Form of Application for claiming refund of Medical expenses incurred in connection with medical attendance and /or treatment of Central Govt. servants and their families

N.B. Separate form should be used for each patient (Authorised Med Attendant)

1. सरकारी कर्मचारी का नाम और पदनाम (साफ अक्षरों में)
Name and designation of the Govt. Servant (In block letters)

i) विवाहित अथवा अविवाहित:

Whether married or unmarried:

ii) यदि विवाहित स्थान जहां पति/ पत्नी नियुक्त है:

If married the place where:

Wife/husband is employed

2. किस कार्यालय में काम कर रहा है

Office in which employed

3. आधारभूत नियमों में दी गई वेतन की परिभाषा के अनुसार सरकारी कर्मचारी का वेतन, यदि अन्य कोई परिलब्धियाँ हो तो उन्हें अलग से दिखाया जाना चाहिए

Pay of the Government Servant as: - PPB

GP

defined in the Fundamental Rules: - D.A.

and any other emoluments, which H.R.A.

should be shown separately. C.A.

4. नौकरी का स्थान/ Place of duty

5. निवास का वास्तविक पता

Actual residential Address

6. रोगी का नाम और सरकारी कर्मचारी से उसका संबंध:

Name of the patient and his/her

Relationship to the Govt. Servant: -

7. ध्यान दीजिए: यदि बीमार बच्चा हो तो उसकी उम्र भी लिखी जाए:

N.B. – In the children state age also: -

8. दावे की रकम का ब्यौरा

Details of the amount claimed Rs.

1. डॉक्टर परिचर्या

MEDICAL ATTENDANCE

- (i) निम्नलिखित बातों का निर्देश करते हुए परामर्श की फीस:
Fees for consultation indication:
- (a) जिस चिकित्सा अधिकारी से परामर्श लिया गया है,
उसका नाम और पदनाम तथा उस अस्पताल या
औषधालय का नाम जिससे वह अधिकारी संबंधित है।
The name and designation of the medical
Officer consulted and the hospital or dispensary to
Which attached:
- (b) कितनी बार और किस- किस तारीख को परामर्श
लिया गया और हर परामर्श की कितनी फीस दी गई है
The number and dates of consultations and the
Fee paid for each consultation:
- (c) कितनी सुईयाँ किन- किन तारीखों को लगी और कितनी फीस
देनी पड़ी
The number and dates of injections and the fee paid
for each injection:
- (d) क्या परामर्श और/ या सुईयाँ अस्पताल में ली गई या चिकित्सा
अधिकारी के परामर्श कक्षमें रोगी के निवास स्थान पर
Whether consultations and / or injections were had at
The hospital at the consulting room of the medical officer
or at the residence of the patient
- (ii) रोग का निदान करते समय किए गए रोग विज्ञान संबंधी,
जीवाणु विज्ञान संबंधी, विकिरण- चिकित्सा संबंधी और ऐसे
ही दूसरे परीक्षण का खर्च लिखिए और निम्नलिखित बातें बताएं
Charges for pathological, bacteriological, radiological or
Other similar test undertaken during diagnosis, indicating:
- (a) अस्पताल या प्रयोगशाला का नाम जहां जांच हुई और
The name of the hospital or laboratory where undertaken and
- (b) क्या वे परीक्षण प्राधिकृत चिकित्सा परिचारक की सलाह
पर हुए, यदि हाँ, तो उसका प्रमाण पत्र इसके साथ लगाए
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
(दवाई की सूची, नकद पत्र और अत्यावश्यकता प्रमाण पत्र साथ लगाएं)
Cost of medicines purchased from the market: -

(List of medicines, cash Memos and the Essentiality Certificate should to be attached)

विशेषज्ञ से परामर्श

प्राधिकृत चिकित्सा परिचारक के अतिरिक्त किसी और
विशेषज्ञ या चिकित्सा अधिकारी का परामर्श लेने के लिए
दी गई फीस और नीचे लिखी बातें बतलाई जाए।

Consultation with Specialist

Fees paid to a Specialist or a Medical Officer
other than the authorised medical attendant
Indicating-

क) उस विशेषज्ञ या चिकित्सा अधिकारी का नाम

जिसका परामर्श लिया गया है और वह विशेषज्ञ
या चिकित्सा अधिकारी किस अस्पताल से संबंधित है

The name and designation of the Specialist or
a Medical Officer consulted and the hospital
to which attached.

ख) कितनी बार और किन तारीखों को परामर्श लिया

गया और हर बार परामर्श के लिए कितनी फीस दी गई?

Number and dates of consultations and the
fees charged for each consultation.

ग) क्या परामर्श विशेषज्ञ या चिकित्सा अधिकारी के

परामर्श कक्ष में लिया गया या अस्पताल में

अथवा रोगी के निवास पर

Whether consultations was had at the hospital

at the consulting room of the specialist or

Medical officer at the residence of the patient and

घ) क्या विशेषज्ञ या चिकित्सा अधिकारी की सलाह प्राधिकृत

चिकित्सा परिचारक की राय से ली गई थी और क्या

प्रांत के मुख्य प्रशासनिक चिकित्सा अधिकारी की पूर्व

स्वीकृति इसके लिए प्राप्त कर ली गई थी। यदि हां तो इसके

प्रमाण पत्र लगाए।

Whether the Specialist or Medical Officer was consulted

on the advice of the authorised medical attendant

and the prior approval of the chief Administrative

Medical Officer of the State was obtained. If so a

certificate to that effect should be attached.

9. क) कुल कितनी राशि का दावा है

Total amount claimed :

ख) दिया गया अग्रिम को घटाकर

Less amount of advance taken on :

ग) दावे का कुल रकम

Net amount claimed: :

10. संलग्नकों की सूची

List of enclosure: -

(i) दवा का पर्चा/ Prescription: -

(ii) ओ.पी.डी पर्ची/ OPD slips: -

(iii) प्रमाणपत्र:- ए/ Certificate:- A

नकद पत्र Cash Memo (s)	सं और तारीख No. and date	राशि amount	दुकान का नाम Name of the shop
(i)			
(ii)			
(iii)			
(iv)			
(v)			
(vi)			
(vii)			
(viii)			
(ix)			
(x)			
(xi)			
(xii)			
(xiii)			
(xiv)			
(xv)			

इस घोषणा पर सरकारी कर्मचारी हस्ताक्षर करें

मैं एतद द्वारा घोषणा करता हूँ कि आवेदन- पत्र में भरे गए विवरण मेरी उपयुक्त ज्ञान और विश्वास के अनुसार सही है और वह व्यक्ति जिसके लिए चिकित्सा व्यय किया गया मेरे ऊपर पूरी तरह आश्रित है। मैं यह प्रमाणित करता हूँ कि मेरे निवास के दो किलोमीटर के दायरे कोई भी उचित मूल्य की दुकान/ दवा डिपो/ केंद्रीय या सहकारी समिति अधिनियम के तहत स्थानीय निकायों या राज्य सरकार द्वारा संचालित सरकारी उपभोक्ता के स्टोर उपलब्ध नहीं है।

Declaration to be signed by the Govt. servant

I do hereby declare that the statement in this application are true to the best of my knowledge and belief and that the person for whom medical expenses were incurred is wholly dependent upon me Certificate that there is no Govt. Fair Price shop/co-operative Consumer's Stores/drug Depots run by the Central or State Govt. or Local bodies or any other organisation under the Co-operative Societies Act within two kilometres radius from my residence.

दिनांक/ Date.....

सरकारी सेवक के हस्ताक्षर/ Sing of Govt. Servant.

भुगतान या रू. के लिए पारित दावा
Claim passed for payment
Or Rs.

दावे की राशि/ Amount Claimed Rs.....

अस्वीकृत कम राशि/ Less amount disallowed Rs.....

कुल रकम/ Net Amount Rs.....

के लिए स्वीकृत/Admitted for

प्रतिपूर्ति रू/ Reimbursement Rs.....

अनिवार्य प्रमाणपत्र
ESSENTIALITY CERTIFICATE
प्रमाणपत्र 'ए' / Certificate 'A'
Med-103

श्रीमती/ श्री/ कुमारी को प्रमाणपत्र दिया जाता है
Certificate granted to Smt/ Sri/Kumari.....
श्री..... की पत्नी/ पुत्र/ पुत्री
Wife/son/daughter of Shri.....
..... में कार्यरत
Employed in the.....
प्रमाणपत्र 'ए'/CERTIFICATE 'A'

(इलाज के लिए अस्पताल में भर्ती न होने वाले मरीजों के मामले में भरा जाना चाहिए)

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

1. डॉ.....इसके द्वारा प्रमाणित करते हैं।
Dr.....hereby certify.

(क) मैंने रोगी के निवास/ अपने परामर्श कक्ष में..... पर परामर्श के लिए
..... रूप का शुल्क लिया। (आगे दी जाने वाली तिथियां)

That I charged and received Rs.....
for consultation onat my consulting room/at the residence of the patient
(Dates to be given)

(ख) मैंने रोगी के निवास/ अपने परामर्श कक्ष में..... पर इंट्रामस्क्युलर (अंतरापेशी)
उपचर्म इंजेक्शन का प्रबंध..... के लिए रूप का शुल्क लिया। (आगे दी जाने
वाली तिथियां)

That I charged and received Rs..... for
administering.....Intra-muscular subcutaneous injections onat
my consulting room/at the residence of the patient.
(Dates to be given)

(ग) कि ये प्रबंधित इंजेक्शन मात्र इंजेक्शन है इनका प्रयोग टीकाकरण या प्रोफिलेक्टिक के लिए नहीं किया
जाता है।

That the injections administered were/were not for immunising or prophylactic purpose.

(घ) कि रोगी..... अस्पताल/ मेरे परामर्श कक्ष में इलाज कर रहा है और इस संबंध
में मेरे द्वारा निर्धारित उल्लेखित दवाएं रोगी की स्थिति में सुधार/ गम्भीर क्षय की रोकथाम के लिए
आवश्यक थी। उल्लेखित दवाइयों को निजी रोगियों की आपूर्ति के लिए (अस्पताल का नाम)
..... में नहीं रखा जाता है।

That the patient has been under treatment at hospital/my consulting room
and that the under mentioned medicines prescribed by me in this connection were essential for
the recovery/ prevention of serious deterioration in eh condition of the patient. The medicines
are not stocked in the (Name of the Hospital)..... For the supply to
private patients and do not include proprietary preparations for which cheaper substances of
equal therapeutic value are available not preparations which are primarily food, toilets or
disinfectants:

क्र. सं Sl.No.	दवाई का नाम Name of medicines	रु. Rs.	पैसे p.	क्र. सं Sl.No.	दवाई का नाम Name of Medicines	रु. Rs.	पैसे P.

(ड) कि रोगी पीड़ित था और/ मेरे इलाज के तहत से तक था।

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

(च) कि रोगी को प्री-नेटल (जन्म)/ पोस्ट- नेटल(प्रसव उपरांत) उपचार नहीं दिया गया था।

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

(छ) कि एक्स- रे, प्रयोगशाला परीक्षण इत्यादि जिसके लिए रूप का व्यय आवश्यक था और (अस्पताल या प्रयोगशाला का नाम) में मेरी सलाह पर किया गया था।

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

(ज) कि मैंने रोगी को विशेषज्ञ परामर्श के लिए डॉ. को रेफर किया और (मुख्य प्रशासकीय चिकित्सा अधिकारी का नाम) की नियमों के तहत आवश्यक स्वीकृति को प्राप्त किया।

That I referred the patient to Dr..... for specialist Consultation and that the necessary approval of the as (Name of the Chief Administrative Medical Officer) required under the rules was obtained.

(झ) कि रोगी को अस्पताल में भर्ती करने/ भर्ती न करने की आवश्यकता है।

That the patient did not require/ required hospitalisation.

दिनांक/ Date: -

चिकित्सा अधिकारी के हस्ताक्षर और पदनाम तथा संलग्न
अस्पताल/ दवाखाना

Signature and Designation of the Medical Officer and
the Hospital/ Dispensary to which attached.

टिप्पणी: जो प्रमाण पत्र उपयोगी नहीं है उन्हें हटा दिया जाए, प्रमाणपत्र 'ए' अनिवार्य है और सभी मामलों में चिकित्सा अधिकारी द्वारा फाइल किया जाना चाहिए।

N.B. certificate not applicable should be struck off Certificate 'A' is compulsory and must be file in by the Medical Officer in all cases.

प्रपत्र केंद्र, कलकत्ता- 54
Forms Centre, Cal- 54.

अनिवार्य प्रमाणपत्र
ESSENTIALITY CERTIFICATE
प्रमाणपत्र 'बी'/ CERTIFICATE 'B'

मेड/ Med: 104

(उन रोगियों के मामलों में पूरा करना है जो इलाज के लिए अस्पताल में भर्ती हुए हैं)
(To be completed in the case of patient who are admitted to hospital for treatment)

..... में नियोजित श्री..... की पत्नी/पुत्र/पुत्री
श्रीमति/श्रीमान/कुमारी..... को प्रमाणपत्र दिया जाता है।

Certificate granted to Mrs/Mr/Miss.....
Wife /son/ daughter of Shri.....
Employed in the

भाग 'ए'/ Part 'A'

(अस्पताल में मामले के प्रभारी मेडिकल अधिकारी द्वारा हस्ताक्षरित किया जाना है)
(To be signed by the Medical Officer in- charge of the case at the hospital)

मैं, डॉ.....एतद्वारा प्रमाणित करता हूँ:-
I, Dr..... hereby certify: -
(क) कि रोगी को मेरी सलाह पर अस्पताल में भर्ती कराया गया.....
That the patient was admitted to hospital on my advice of

(मेडिकल अधिकारी का नाम/ Name of Medical Officer)

(ख) कि रोगी..... उपचार के तहत है और इस संबंध में मेरे द्वारा
निर्धारित उल्लेखित दवाओं जो रोगी की स्थिति में गंभीर गिरावट की रोकथाम/स्वास्थ्य लाभ
के लिए अनिवार्य है के सेवन के तहत है। निजी आपूर्ति के लिए दवाओं को.....
(अस्पताल का नाम) में भंडारित नहीं किया जाता है।

That the patient has been under treatment..... And that the
under mentioned medicines prescribed by me in this connection were essential for the
recovery/ prevention of serious deterioration in the condition of the patient. The medicines
are not stocked in the for supply to private

(Name of the Hospital)

Patients and do not include proprietary preparations for which cheaper substance of equal
therapeutic value are available nor preparations which are primarily foods. Toiled of
disinfectants:

क्रम.सं Sl.No.	दवा का नाम Name of medicines	रु/Rs.	पैसे/p.	Sl.No.	Name of Medicines	Rs.	P.

(क) कि इंजेक्शन टीकाकरण या प्रोफाइलैक्टिक उद्देश्य के लिए नहीं थे।

That the injections administered were/ were not for immunising or prophylactic purpose

(ख) कि रोगी..... से पीड़ित है/था और मेरे उपचार के तहत..... से..... तक है/था।

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

(ग) कि एक्स-रे, प्रयोगशाला परीक्षण इत्यादि जो आवश्यक थे तथा जिसका व्यय..... रूप हैं मेरी सलाह पर..... (अस्पताल या प्रयोगशाला का नाम)

That the X-ray, Laboratory test etc. which an expenditure of Rs..... was incurred were necessary and were undertaken on my advice at

(Name of the Hospital or Laboratory)

(घ) कि विशेषज्ञ परामर्श के लिए डॉ..... के मरीज के..... आवश्यक अनुमोदन देने में (अस्पताल के प्रभारी मुख्य प्रशासनिक मेडिकल अधिकारी का नाम)

That the patient to Dr..... for specialist consultation and that the necessary approval of the

(Name of the Chief Administrative Medical Officer-in- charge of the case at the Hospital)

मैं प्रमाणित करता हूँ कि रोगी----- अस्पताल में इलाज कर रहा है तथा उसे प्रदान की गई सुविधाएं न्यूनतम थी, जो रोगी के इलाज के लिए आवश्यक थी।

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.

.....

चिकित्सा नियंत्रक अस्पताल
Medical Superintendent Hospital

स्थान/ Place: -

दिनांक/ Date: -

टिप्पणी: जो प्रमाण पत्र उपयोगी नहीं है उन्हें हटा दिया जाए, प्रमाणपत्र 'डी' अनिवार्य है और सभी मामलों में चिकित्सा अधिकारी द्वारा फाइल किया जाना चाहिए।

N.B. Certificate not applicable should be struck off. Certificate (d) is compulsory and must be filled in by the Medical Officer in all cases.

प्रपत्र केंद्र, कलकत्ता- 54

FORMS CENTRE, Calcutta- 54.