

केंद्रीय मत्स्य नौचालन एवं इंजीनियरी प्रशिक्षण संस्थान कोच्ची/चेन्नै/विशाखपटनम
CENTRAL INSTITUTE OF FISHERIES NAUTICAL AND ENGINEERING TRAINING KOCHI/CHENNAI/VISAKHAPATNAM
चिकित्सा प्रतिपूर्ति के दावे के साथ प्रस्तुत किया जानेवाला प्रपत्र
PROFORMA TO BE SUBMITTED ALONG WITH MEDICAL REIMBURSEMENT CLAIM

1. सरकारी सेवक का नाम और पदनाम/ :
Name and designation of Govt. servant
2. सरकारी सेवक का वेतन (जैसा कि वित्तिय नियम में निर्धारित है) :
Pay of Govt. Servant (as defined in the FR)
3. रोगी का नाम और सरकारी सेवक से उनका संबंध :
(बच्चों के मामले में आयु भी बताएँ)
Name of the patient and relationship with the Govt. Servant
(in case of children, state age also)
4. वास्तविक आवासीय पता/Actual residential address :
5. माता-पिता की मासिक आय, यदि यह दावा उनसे संबंधित है :
Monthly income of parent if claim relates to them
6. चिकित्सा अधिकारी और संबंधित अस्पताल का नाम :
Name of Medical officer consulted and the hospital or
Dispensary to which attached
7. बीमारी का नाम और चिकित्सा की अवधि, :
जैसे कि अनिवार्यता प्रमाणपत्र में दिया गया है
Name of the disease and period of medical attendance,
As given in the essentiality certificate
8. परामर्श की संख्या और तारीख, और प्रत्येक परामर्श :
के लिए चुकाया गया रकम
Number and dates of consultation and fee paid for each consultation
9. इंजेक्शन की संख्या व तारीख और प्रत्येक इंजेक्शन :
के लिए चुकाया गया रकम
Number and dates of injection and the fee paid for each injection

Name of Medical Shop	Name of Medicine	Qty. prescribed	Qty. purchased	Cost of Medicine	Bill No. and Date

10. अन्य दावे का ब्योरा/Details of other claims
 (क) आवास/Accommodation :
 (ख) शल्यक्रिया प्रभार Surgical operation charges :
 (ग) अस्पताल ठहराव/Hospital stoppage :
 (घ) प्रयोगशाला प्रभार और प्रयोगशाला का नाम :
 Laboratory charges and name of laboratory
 11. कुल दावा/Total claim :

मैं दावा करता/करती हूँ कि इस आवेदन में दिए गए विवरण मेरी जानकारी और विश्वास के अनुसार सही है, और जिस व्यक्ति के लिए चिकित्सा खर्च किया गया है, वे पूरी तरह से मेरे आश्रित हैं।

I hereby declare tht the statement in this application is true to the best of my knowledge and belief and the person for whom medical expenses were incurred is wholly dependent upon me.

स्थान/Place:

तारीख/Date:

सरकारी सेवक का हस्ताक्षर/

Signature of Govt. servant

कार्यालयीन प्रयोजनों के लिए/FOR OFFICE USE ONLY

नामंजूर मदों का ब्योरा/Details of disallowances

क्रम सं Sl. No.	दवा का नाम Name of medicine	संख्या Qty.	कीमत Price
--------------------	--------------------------------	----------------	---------------

- | | | |
|-------|--|---|
| (i) | कुल दावा/Total claim | : |
| (ii) | कुल नामंजूर/Total disallowances | : |
| (iii) | भुगतान के लिए पारित शेष/Balance passed for payment | : |

परामर्श शुल्क की अनुमत कुल राशि/TOTAL AMOUNT OF CONSULTATION FEES ALLOWED :

इंजेक्शन प्रभार की कुल राशि/TOTAL AMOUNT OF INJECTION CHARGES :

दवा की अनुमत कुल राशि/TOTAL AMOUNT OF MEDICINES ALLOWED :

अनुमत कुल अन्य दावे/TOTAL OTHER CLAIMS ALLOWED :

भुगतान के लिए पारित कुल राशि/TOTAL AMOUNT PASSED FOR PAYMENT :

(केवल/Rupees..... रुपए/Only)

संबंधित सहायक/
DA

का.अ/अनुभाग अध्यक्ष/
OS/Section Head

व.प्र.अ/
Sr. AO

टिप्पणी/Note:

अस्पताल में भर्ती किए गए रोगियों के मामले में अस्पताल से छुट्टी का सारांश सहित बिल की प्रतियाँ प्रस्तुत की जानी चाहिए।
 Copies of bills including discharge summary etc. are to be submitted In the case of Inpatient claims.