

**केंद्रीय सरकारी कर्मचारियों और उनके परिवार के सदस्यों की चिकित्सा और/या उपचार के लिए  
किए गए चिकित्सा व्यय की वापसी के दावे का 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

<p>ध्यान दें: प्रत्येक मरीज के लिए अलग फॉर्म का उपयोग किया जाना चाहिए। N.B. Separate form should be used for each patient.</p>		
1	कर्मचारी का नाम और पदनाम (स्पष्ट अक्षरों में) Name and designation of the employee (in block letters)	
2	किस कार्यालय में नियुक्त हैं? Office in which employed	
3	मूल नियमों में परिभाषितानुसार आपका वेतन। अन्य परिलब्धियों को अलग से दर्शाया जाना चाहिए। Pay of the Government servant as defined in the fundamental rules and any other emoluments which should be shown separately	
4	ड्यूटी का स्थान Place of duty	
5	मूल निवास का पता Actual residential address	
6	मरीज का नाम और सरकारी कर्मचारी से उसका रिश्ता (ध्यान दें : बच्चों के मामले में आयु भी लिखें।) Name of the patient and his/her relationship to the Government Servant (N.B.: In the case of children, state age also)	
7	मरीज कहाँ पर बीमार पड़ा ? Place at which the patient fell ill	
8	रोग/उपचार का नाम Name of the Disease/Treatment	
9	उपचार की प्रकृति निर्दिष्ट करें: आंतरिक रोगी या बाह्य रोगी Specify the nature of the treatment: Inpatient or Outpatient	
10	उपचार की अवधि Period of treatment	
11	दावे की जाने वाली राशि का विवरण Details of amount claimed	
	(i) कितनी बार परामर्श किया गया और उसकी तारीख तथा प्रत्येक परामर्श के लिए दी गई फीस लिखें। The number and dates of consultation and the fee paid for each consultation	
	a) चिकित्सा अधिकारी का नाम और पदनाम, जिनसे परामर्श किया गया। वे किस अस्पताल या औषधालय से संबद्ध हैं। The name and designation of the Medical Officer consulted and the hospital or dispensary to which attached.	

	(ii) निदान के दौरान किए गए पैथोलॉजिकल बैक्टीरियोलॉजिकल, रेडियोलॉजिकल या अन्य समान परीक्षणों के शुल्कों का विवरण Charges for pathological bacteriological, radiological or other similar tests undertaken during the diagnosis indicating	
	(iii) परीक्षण कराए गए अस्पताल या प्रयोगशाला का नाम The name of the hospital or laboratory where the tests were undertaken	
	(iv) क्या ये परीक्षण प्राधिकृत चिकित्सकों की सलाह पर कराए गए, यदि हाँ तो इस आशय का प्रमाण-पत्र संलग्न करना जरूरी है। Whether the tests were undertaken on the advice of the authorized medical attendant; If so a certificates to the effect should be attached.	
	(v) बाजार से खरीदी गई दवाओं का मूल्य (दवाओं की सूची, कैश मेमो, अत्यावश्यकता प्रमाण-पत्र संलग्न करना जरूरी है।) Cost of medicines purchased from the market (List of medicines, cash memos and the essentiality certificates should be attached)	
12	दावे की गई कुल राशि Total Amount claimed	
13	संलग्नकों की सूची List of enclosures	

**सरकारी कर्मचारी द्वारा हस्ताक्षर किए जाने वाला घोषणा-पत्र**

मैं यह घोषणा करता हूँ कि इस आवेदन में दिए गए विवरण मेरे सर्वोत्तम ज्ञान और विश्वास के अनुसार सत्य हैं और जिस व्यक्ति या जिस पर चिकित्सा व्यय किया गया है, वह पूरी तरह से मुझ पर निर्भर है।

**DECLARATION TO BE SIGNED BY THE GOVT. SERVANT**

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

सरकारी कर्मचारी के हस्ताक्षर

कार्यालय/विभाग का नाम

Signature of the Govt. servant and

Section / Department to which attached

दिनांक / Date:

**(Please don't print this page, For information purpose only)**

**Instructions:** The following documents need to be submitted to process the medical reimbursement claim-whether for outpatient(OPD) or inpatient(IP) treatment.

- a. Self-declaration form
- b. Prescription
- c. Discharge Summary(in case of in-patient)
- d. Original bills
- e. Other relevant documents if any sought by the office.

**Furthermore, the *certificate* found in the next page need to be provided only for Outpatient treatment's availed from an Authorized Medical Attendants(AMA).**

This Certificate is granted to Mr./Mrs./Miss..... , Son / daughter / husband / wife of .....  
 -----, employed in IIITDM, Kancheepuram.

[illegible]

(e) कि रोगी ----- रोग से पीड़ित है/थे और मेरे उपचार में दिनांक -----  
----- से दिनांक----- तक है/थे।

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

(f) रोगी को प्रसवपूर्व उपचार दिया गया है/नहीं दिया गया।  
that the patient is / was not given prenatal treatment

(g) कि एक्स-रे, प्रयोगशाला परीक्षण आदि पर रु.----- का व्यय हुआ और ये परीक्षण  
अत्यंत आवश्यक थे तथा मेरी सलाह पर -----  
(अस्पताल/प्रयोगशाला का नाम) में किए गए थे।

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

(h) कि मैंने विशेषज्ञ परामर्श के लिए डॉ. ....को बुलाया था और नियमों के तहत आवश्यक  
अनुमोदन ----- से (राज्य के मुख्य प्रशासनिक अधिकारी का नाम) से प्राप्त  
किया गया था।

that I referred the patient to Dr.....for specialist consultation and that the  
necessary approval of the .....(Name of the Chief Admin. / Medical Officer of the  
state) as required under rules were obtained.

(i) रोगी को अस्पताल में भर्ती होने की आवश्यकता थी / नहीं थी।  
that the patient did not require / required hospitalization.

(j) कि मामला लंबे समय तक का उपचार है/नहीं  
that the case is / was not one of prolonged treatment

स्थान/Station

दिनांक/Date

चिकित्सा अधिकारी के हस्ताक्षर और पदनाम

अस्पताल का नाम जिससे संबद्ध है

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