

केन्द्रीय सरकारी कर्मचारी तथा उनके परिवार की डाक्टरी परिचर्या और इलाज पर हुए डाक्टरी खर्चों की वापसी का दावा करने 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 for medical attendance/treatment taken  
both from an Authorised Medical Attendance and a Hospital

सूचना : हर रोगी के लिए अलग फॉर्म भरा जाना चाहिए  
**N. B. : SEPARATE FORM SHOULD BE USED FOR EACH PATIENT**

1. सरकारी कर्मचारी का नाम और पद  
(साफ अक्षरों में)  
Name and Designation of Government Servant  
(IN BLOCK LETTERS)  
.....  
(अ) क्या विवाहित/ अविवाहित है  
(i) Whether married or unmarried  
.....  
(ब) अगर विवाहित है तो पत्नी/पत्नी सेजगार में है उस जगह का नाम और पता  
(ii) 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 वेतन की दी गई परिभाषा के अनुसार सरकारी कर्मचारी की वेतन और वेतन स्तर यदि अन्य कोई उल्लिखित हो तो उन्हें अलग से दिखाया जाना चाहिए  
Pay & Pay level of Government Servant as defined in the Fundamental Rules and any other emoluments, which should be shown separately.  
.....
4. नोकरी का स्थान  
Place of Duty  
.....
5. निवास का वास्तविक पता  
Actual Residential Address  
.....
6. रोगी का नाम और सरकारी कर्मचारीसे उनका संबंध  
सूचना - यदि बीमार बच्चा हो तो उसकी उम्र भी लिखी जाए  
Name of the patient and his/her relationship with the Government Servant.  
N.B. - In the case of children state age also.  
.....
7. रोगी किस स्थान पर बीमार पड़ा  
Place at which the patient fell ill  
.....
8. बीमारी का स्वरूप  
Nature of illness  
.....
9. इलाज का अवधि  
Treatment Period  
.....
10. दावे की रकम का व्यंज  
Details of the Amount claimed  
.....

**डाक्टरी परिचर्या**

**MEDICAL ATTENDANCE**

- (1) निम्नलिखित मर्दाना निर्देश करते हुए परामर्श की फीस  
(1) Fees for consultation indicating  
(अ) अधिकारी का नाम, पद एवं अस्पताल जिससे चिकित्सा प्राप्ति की गई है।  
the name, qualification and designation of the Medical Officer consulting and the Hospital or Dispensary to which attached.  
.....  
(ब) कितनी बार और किस किस तारीख को परामर्श लिया गया और हर परामर्श के लिए कितनी फीस दी गई है  
the number and dates of consultation and the fees paid for each consultation  
.....  
(क) कितनी सुईयां कितनी तारीखों को लगीं और हर सुई के लिए कितनी फीस देनी पड़ी  
the number and dates of injections and the fees paid for each injection  
.....  
(ड) क्या परामर्श और/या सुईयां अस्पताल में ली गईं या चिकित्सा अधिकारी के परामर्श कक्ष में या रोगी के निवास स्थान पर  
Whether consultation and/or injections were had at the Hospital, at the consulting room of the Medical Officer or at the residence of the patients.  
.....

(2) रोग का निदान करके कसब किए गए विकृती-वैज्ञानिक, जीवाणू-वैज्ञानिक, बॅक्टीरिया-वैज्ञानिक और ऐसे ही दूसरे परीक्षण का खर्च लिखिए निम्नलिखित बातें बताईए -  
 Charges for pathological, bacteriological, radiological or other similar tests undertaken and-

- (अ) अस्पताल या प्रयोगशाला का नाम जहां परीक्षण हुए और
- (a) the name of the Hospital or Laboratory where the tests were undertaken and
- (ब) क्या वे परीक्षण प्राधिकृत चिकित्सा परिचारक की सलाह पर हुईं यदि हा तो इसका प्रमाणपत्र इसके साथ लगाए
- (b) Whether the tests were undertaken on the advice of the authorised medical attendant, if so, a certificate to that effect should be furnished.
- (क) बाजार से खरीदी गई दवाओं का मूल्य (नगद मेमो और जरूरती प्रमाणपत्र सलमन करें)
- (c) Cost of Medicines purchased from the Market. (Cash memos and the essentially certificate should be attached).

10. अनुलग्नकों की सूची  
 List of enclosures

11. दावे की कुल रकम  
 Total Amount Claimed

.....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....

**इस घोषणा पर सरकारी कर्मचारी हस्ताक्षर करें  
 GOVERNMENT SERVANT SHOULD SIGN ON THIS DECLARATION**

मैं घोषित करता हूँ कि इस प्रार्थना पत्र में दिया गया बयान मेरी जानकारी और विश्वास के अनुसार ठीक है और जिस व्यक्ति के उपर चिकित्सा व्यय किया गया है वह पूर्णतः मेरे उपर आश्रित है।  
 I hereby declare that the statements in the 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.

स्थान :  
 Place :  
 दिनांक :  
 Date :

सरकारी कर्मचारी के हस्ताक्षर कार्यालयीन पत्र के साथ  
 Signature of the Government Servant  
 and Office to which attached

केवल कार्यालयीन उपयोग के लिए  
 FOR OFFICE USE ONLY