



## चिकित्सा प्रतिपूर्ति आवेदन/ Medical Reimbursement Application

(कर्मचारी द्वारा भरा जायेगा / To be filled by the Employee)

कर्मचारी का नाम Name of the employee:	पद Designation:
--	--------------------

प्रमाणित किया जाता है कि मैंने /मेरे आश्रित परिवार के सदस्य निम्नलिखित के लिए ओ. पी. डी. उपचार लिया है |  
Certified that I / my dependent family member have taken OPD treatment for the following:

1.	रोगी का नाम/Name of the patient	
2.	कर्मचारी के साथ सम्बन्ध/Relationship with the employee	
3.	डॉक्टर का नाम/Name of the Doctor	
4.	बीमारी की प्रकृति/ Nature of illness	
5.	उपचार की अवधि/Duration of treatment/	तिथि से ----- तिथि तक From date To date

चिकित्सा शुल्क : (नुस्खे की प्रति और मूल कैश मेमो /रसीद संलग्न की जानी चाहिए )

**Medical Charges:** (Copy of prescriptions and original cash memos/receipts should be enclosed.)

क्र.सं. / S. N.	व्यय के प्रकार Expense Type	विस्तार से वर्णन Detail Description	खर्च की गई राशि Amount incurred
1.	परामर्श शुल्क/ Consultation Fee /		
2.	प्रयोगशाला शुल्क/ Laboratory Charges/		
3.	एक्स -रे / X-Ray/		
4.	जाँच पड़ताल/ Investigation/		
5.	कोई अन्य शुल्क : (कृपया निर्दिष्ट करें) Any other charges: (Please specify)		

दवाई बिल विवरण : (नुस्खे की प्रति और मूल कैश मेमो /रसीद संलग्न की जानी चाहिए )

**Medicine Bill Details:** (Copy of prescriptions and original cash memos/receipts should be enclosed.)

क्र.सं./S.N.	बिल नंबर / Bill No.	बिल तिथि / Bill Date	दवाई विवरण / Medicine Details	बिल राशि / Bill Amount
1.				
2.				
3.				
<b>Total claim amount /कुल दावा की गई राशि =</b>				

मैं प्रमाणित करता हूँ कि उपर्युक्त विवरण सत्य है और जिस व्यक्ति के लिए उपरोक्त चिकित्सा व्यय किया गया है, वह पूर्ण रूप से मुझ पर निर्भर है |

I certify that the details given above are true and that the person for whom the above medical expenses are incurred is wholly dependent upon me.

तिथि/ Date:

दावेदार के हस्ताक्षर/ Signature of the Claimant

में प्रमाणित करता/ करती हूँ कि परामर्श /प्रयोगशाला, परीक्षण, मेडिसिन जैसा कि ऊपर दावा किया गया है रोगी के उपचार के लिये आवश्यक थी |

I certify that the consultation/laboratory tests, medicines as claimed above were essential for the treatment of the patient.

स्थान/ Place

तिथि/ Date:

चिकित्सा अधिकारी के हस्ताक्षर  
Signature of the Medical Officer  
आई आई एम रायपुर/ IIM Raipur  
Seal (मुहर)

नोट : प्रत्येक रोगी के लिए अलग फार्म का उपयोग किया जाना चाहिए।

N.B. Separate form should be used for each patient

**वेतन और लेखा कार्यालय में उपयोग के लिए (पोस्ट चेक)/ For use in Pay and Accounts Office (Post Check)**

अनुशंसित राशि

Admitted for Rs. \_\_\_\_\_

निरस्त राशि

Objected to Rs. \_\_\_\_\_

निरस्ती के कारण :

Reasons for objection: \_\_\_\_\_

लेखाकार

Accountant

एँफ ए एंड सी ए ओ

FA & CAO

मुख्य प्रशासनिक अधिकारी

Chief Admin. Officer

निदेशक (१५,०००/- हजार से अधिक की राशि के लिए )

Director (For Amount Above Rs 15,000/-)