

राष्ट्रीय जन सहयोग एवं बाल विकास संस्थान
National Institute of Public Cooperation and Child Development
चिकित्सा दावा प्रपत्र / MEDICAL CLAIM FORM



कर्मचारी द्वारा भरा जाए / To be filled by the employee

1. कर्मचारी का नाम / Name of Employee :
2. पदनाम / Designation :
3. आवासीय पता / Residential Address :
4. रोगी का नाम यदि वह आश्रित है तो कर्मचारी से उसका संबंध
Name of the Patient and his/her relationship to the employee, if dependent :
5. रोगी किस स्थान पर बीमार हुआ
Place at which the patient fell ill :
6. दावा की गई राशि का विवरण
Details of the amount claimed
- (i) परामर्श शुल्क जिसमें निम्नलिखित सूचना हो -
Fees for consultation indicating -
 - (क) प्राधिकृत चिकित्सक एमए/पिशोवज्ञ का नाम
(a) Name of AMA/Specialist :
 - (ख) परामर्शों की संख्या और तारीख तथा प्रत्येक परामर्श में दी गई फीस
(b) The number and dates of consultation and fee paid for each consultation :
 - (ग) इंजेक्शनों की संख्या और तारीख तथा प्रत्येक इंजेक्शन के लिए दी गई फीस
(c) The number and dates of injection and the fee paid for each injection :
 - (घ) क्या परामर्श तथा/या इंजेक्शन अस्पताल में/ चिकित्सा अधिकारी के परामर्श कक्ष में अथवा रोगी के निवास स्थान पर लिए गए
(d) 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) निदान के दौरान कराए गए पैथालॉजिकल, बैक्टीरियोलॉजिकल, रेडियोलॉजिकल, या इसी प्रकार के अन्य परीक्षणों का प्रभार; जहां परीक्षण कराए गए उस अस्पताल या लेबोरेटरी का नाम
Charges for pathological, bacteriological, radiological, or other similar tests undertaken during diagnosis; indicate the name of the hospital or laboratory where undertaken :
- (iii) बाजार से खरीदी गई दवाइयों का मूल्य
Cost of medicines purchased from the market : ₹
7. दावा की गई कुल राशि / Total amount claimed : ₹
8. संलग्नों की सूची / List of enclosures : संख्या / Nos.

केवल कार्यालय प्रयोग हेतु For office use only	
पृष्ठ सं०	पर दर्ज दिया गया Entered at Page No.
दावा की गई राशि	रुपये Amount claimed ₹.....
अस्वीकार्य घटाई गई राशि	रुपये Less amount found ₹..... Inadmissible
भुगतान योग्य नितल राशि	रुपये Net amount payable ₹.....
₹ (.....	
..... रुपये मान) के लिए स्वीकृत Sanctioned for ₹.....(Rupees only)	
संबंधित सहायक Dealing Asstt.	
लेखा अधिकारी Accounts Officer	उप निदेशक (लेखा) Dy. Director (A/Cs.)

कर्मचारी द्वारा हस्ताक्षरित घोषणा
DECLARATION TO BE SIGNED BY THE EMPLOYEE

मैं एतद्वारा घोषणा करता/करती हूँ कि इस आवेदन पत्र में दिये गये विवरण मेरी सर्वोत्तम जानकारी और विश्वास के अनुसार सही हैं और यह कि वह व्यक्ति तथा/जिस पर चिकित्सा व्यय किया गया है, मुझ पर पूर्णतः आश्रित है।

I hereby declare that the statements 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.

दिनांक
Date _____

कर्मचारी के हस्ताक्षर
Signature of the employee _____

प्रमाणपत्र 'ए' का प्रपत्र
FORM OF CERTIFICATE 'A'

राष्ट्रीय जन सहयोग एवं बाल विकास संस्थान, नई दिल्ली में नियोजित श्री/श्रीमती
के पुत्र/पत्नी/पति/पुत्री/श्री/श्रीमती के पुत्र/पत्नी/पति/पुत्री/श्री/सुश्री/को प्रदत्त प्रमाणपत्र।
Certificate granted to Shri/Smt./Kum. Son/Wife/Husband/Daughter of Shri/Smt.
employed in the National Institute of Public Cooperation and Child Development, New Delhi.

- (क) मैं, डा० एतद्वारा प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने दिनांक को अपने परामर्श (परामर्शों) के लिए अपने परामर्शकक्ष में/रोगी के घर पर परामर्श के लिए उनसे रु० प्रभारित और प्राप्त किए।
(a) I, Dr. hereby certify that I charged and received ₹ for consultation(s) on (dates to be given) at my consulting room/at the residence of the patient.
- (ख) कि मैंने दिनांक को अपने परामर्श कक्ष में/रोगी के घर पर इंद्रावेनस/इंद्रा मस्बयूलर/सबकुटीनियस इंजेक्शन लगाने के लिए रुपये प्रभारित किए और प्राप्त किए (तारीखें दी जाएं)।
(b) That I charged and received ₹ for administering intravenous/intramuscular/subcutaneous injections on (dates to be given) at my consulting room/at the residence of the patient.
- (ग) लगाए गए इंजेक्शन प्रतिरक्षण या रोग निरोधन के उद्देश्य से लगाए/नहीं लगाए गए थे।
(c) That the injections administered were/were not for immunising or prophylactic purposes.
- (घ) कि रोगी अस्पताल में/मेरे परामर्श कक्ष में इलाज के अंतर्गत रहा और यह कि मेरे द्वारा लिखी गई दवाइयां रोगी के स्वस्थ होने/उसकी स्थिति गंभीर रूप से बिगड़ने से रोकने के लिए अति आवश्यक थीं।
(d) That the patient has been under treatment at hospital/my consulting room and that the undermentioned medicines prescribed by me in this connection were essential for the recovery/prevention of serious deterioration in the condition of the patient.

दवाइयों के नाम (स्पष्ट अक्षरों में) Name of the medicines (in block letters)	रुपये ₹	पै० P.
योग / Total		

दवाइयों के नाम (स्पष्ट अक्षरों में) Name of the medicines (in block letters)	रुपये ₹	पै० P.
योग / Total		

- (ङ) रोगी से पीड़ित है/था/थी और दिनांक से तक मेरे इलाज में रहा/रही।
(e) That the patient is/was suffering from and is/was under my treatment from to
- (च) कि रोगी का प्रसवपूर्ण या प्रसवोत्तर इलाज किया/नहीं किया गया।
(f) That the patient is/was not given pre-natal or post-natal treatment.
- (छ) एक्स-रे, लेबोरेटरी परीक्षण आदि, जिन पर रुपये व्यय हुआ, अत्यावश्यक थे और मेरी सलाह पर (अस्पताल/लेबोरेटरी का नाम) में कराए गए थे।
(g) That the X-ray, Laboratory test, etc. for which an expenditure of ₹ was incurred were necessary and were undertaken on my advice at (name of the hospital/laboratory).
- (ज) मैंने रोगी को विशेषज्ञ के परामर्श हेतु डा० के पास रेफर किया।
(h) That I referred the patient to Dr. for specialist consultation.
- (झ) कि रोगी को अस्पताल में भर्ती करने की आवश्यकता है/नहीं है।
(i) That the patient did not require/required hospitalisation.

दिनांक

Dated:

प्राधिकृत चिकित्सक (एमएम) के हस्ताक्षर / पदनाम और जिस अस्पताल/डिस्पेन्सरी में से संबद्ध है उसका नाम
Signature of AMA/Designation of the Medical Officer and the Hospital/Dispensary to which attached

विशेष ध्यान दें : जो प्रमाण पत्र लागू नहीं है उन्हें काट दें / प्रमाण पत्र 'ए' अनिवार्य है और सभी मामलों में चिकित्सा अधिकारी द्वारा भरा जाएगा।
N.B. : Certificates not applicable should be struck off. Certificate 'A' is compulsory and must be filled in by the Medical Officer in all cases.