



चिकित्सा दावा के लिए अवेदन प्रपत्र / FORM OF APPLICATION FOR MEDICAL CLAIM

01.	नाम (स्पष्ट अक्षरों में) Name (in block letters)	:
02.	पदनाम / Designation	:
03.	कार्यालय/शाखा/विभाग जिसमें कार्यरत हैं। Office/Branch/ Dept. in which employed	:
04.	मूल वेतन / Basic Pay	: ₹ / Rs.
05.	आवासीय पता / Residential Address	:
06.	मरीज़ का नाम और उसका सरकारी कर्मचारी से संबंध / Name of the patients and his/her relationship with the Govt. Servant	:
07.	ड्यूटी का स्थान / Place of Duty	:
08.	बीमारी का प्रकार और उसकी अवधि Nature of illness and its duration	:
09.	दावा की गई धन राशि का विवरण / Details of the amount claimed (चिकित्सा परिचर्या / Medical Attendance)	:
	(क). परामर्श प्राप्त चिकित्सा अधिकारी का नाम और पदनाम तथा वह जिस अस्पताल/औषधालय से परामर्श प्राप्त किया गया है। a. Name and designation of the medical Officer consulted and the Hospital / Dispensary to which attached	:
	(ख). परामर्श दिनों की संख्या और ऐसे परामर्श के लिए भुगतान किया गया शुल्क। b. The number and dates of consultation and the fee paid for such consultation	:
	(ग). क्या परामर्श/इंजेक्शन, अस्पताल में या चिकित्सा अधिकारी के परामर्श कक्ष में या रोगी के निवास पर लिया गया था। c. Whether consultation / injection were had at the hospital or at the Consultation Room of the Medical Officer or at the residence of the patient	:
10.	इंजेक्शनों की संख्या और तारीख तथा प्रत्येक इंजेक्शन के लिए भुगतान किया गया शुल्क, जिसमें क्लिनिक परीक्षणों के लिए भुगतान किया गया शुल्क/प्रभार शामिल है। The number and date of injections and the fee paid for each injection including fees/ charges paid for clinic tests	:
11.	बाजार से खरीदी गई दवाओं की कीमत Cost of the medicines purchased from the market	: ₹ /Rs.
12.	दावा की गई कुल राशि / Total amount claimed	: ₹ / Rs.
13.	संलग्नकों की सूची / List of enclosures ()	:

कर्मचारी द्वारा हस्ताक्षरित किया जाने वाला घोषणापत्र / DECLARATION TO BE SIGNED BY THE EMPLOYEE

मैं इसके जरिए घोषणा करता हूँ कि आवेदन पत्र में दिए गए विवरण मेरी जानकारी और विश्वास के अनुसार सत्य हैं तथा जिस व्यक्ति/व्यक्तियों के लिए चिकित्सा पर व्यय किया गया है, वह पूर्णतः मुझ पर आश्रित है/हैं।

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

दिनांक/Date:

कर्मचारी का हस्ताक्षर
Signature of the Employee

दवा प्रतिपूर्ति दावा / MEDICINE REIMBURSEMENT CLAIM

14. श्री/सुश्रीपुत्र/पुत्रीजो एसपीएवी, विजयवाड़ा के रूप में कार्यरत हैं, के संबंध में चिकित्सा प्रतिपूर्ति दावे का विवरण।

..... Details of medical reimbursement claim in respect of Mr./Ms..... S/o. D/o.....working as.....SPA.V, Vijayawada.

क्रम सं. Sl No	मरीज़ का नाम और रिश्ता Name of the Patient and relationship	दवा की दुकान/केमिस्ट का नाम Name of the drug store/chemist	कैश मेमो नंबर और दिनांक Cash Memo No. & Date	दवाइयाँ Medicine(s)	प्रत्येक दवा की मात्रा Amount of each medicine	प्रत्येक कैश मेमो का कुल योग Total of each cash memo

दावा की गई दवाओं की कुल राशि रु..... रुपये
Total amount of Medicines claimed Rs..... Rupees

कुल योग (कॉलम 10) रु. / Grand Total (Col.10) Rs.

घोषणा / DECLARATION:

- मैं प्रमाणित करता हूँ कि जिस मरीज़ के लिए बिल में चिकित्सा प्रतिपूर्ति का दावा किया गया है वह पूरी तरह मुझ पर निर्भर है।
I certify that the patient(s) for whom medical reimbursement claim has been made in the bill is/are wholly dependent upon me.
- मैं प्रमाणित करता/करती हूँ कि मेरी पत्नी/पति सरकारी/अर्ध-सरकारी सेवा में कार्यरत नहीं है तथा उन्होंने कोई दावा प्रस्तुत नहीं किया है।
I certify that my wife/husband is not employed in the Government /Semi-Government service and he/she has not submitted any claim.

स्वीकृत एवं प्रतिहस्ताक्षरित / Accepted and Countersigned

दावेदार के हस्ताक्षर / Signature of the Claimant

दिनांक/Date

लेखा शाखा /ACCOUNTS BRANCH

दावा मात्र रु.(रु.....) के लिए पारित किया गया।

Claim passed for Rs.(Rs.....) only.

लेखाकार/ Accountant

सक्षम प्राधिकारी / Competent Authority.