

केन्द्रीय विद्युत अनुसंधान संस्थान, बंगलूर
CENTRAL POWER RESEARCH INSTITUTE, BANGALORE

बाह्य रोगी फॉर्म / OUTPATIENT FORM

कर्मचारी / पेंशनर
Employee / Pensioner

बाह्य -रोगी उपचार की ओर चिकित्सा व्ययों की प्रतिपूर्ति का दावा आवेदन Form of Application for Claiming Reimbursement of Medical Expenses towards outpatient treatment			
1.	नाम तथा पदनाम Name & Designation	:	
2.	प्रभाग Division	:	
3.	मूल वेतन तथा ग्रेड वेतन आरंभिक पेंशन (पेंशनर हो तो) Basic Pay & Grade Pay Initial Pension (in case of pensioners)	:	
4.	स्थिति (कर्मचारी/ पेंशनर/ परिवार पेंशनर) Status (Employee/Pensioner/ Family pensioner)	:	
5.	पूरा पता और फोन नं. Full Address with Phone No.	:	
6.	वैवाहिक स्थिति / Marital Status : विवाहित है तो पत्नी/ पति कहाँ कार्यरत हैं If married where the wife/husband is employed	:	
7.	बैंक, शाखा का नाम और खाता सं. जहाँ प्रतिपूर्ति जमा की जानी है Name of the Bank, Branch & Account No. where reimbursement has to be credited.	:	
8.	रोगी का नाम और कर्मचारी /पेंशनर के साथ उसका संबंध Name of the patient and relationship with Employee / pensioner	:	
9.	स्थान जहाँ रोगी बीमार पड़ा Place at which the patient fell ill	:	
10.	रोग की प्रकृति Nature of disease	:	
11.	उपचार की अवधि Period of treatment	:से / From तक / To (..... दिन /days माह /months)
12.	दावे की रकम तथा परामर्श शुल्क के ब्यौरे, सूचित करते हुए कि : Details of amount claimed and fees for consultation indicating :		
	चिकित्सा अधिकारी का नाम व पदनाम और अस्पताल Name & Designation of the Medical Officer and Hospital	परामर्श सेवाओं की संख्या एवं तारीखें व प्रत्येक परामर्श सेवा के लिए दिया गया शुल्क No. and date of consultations & fee paid for each consultation	क्या परामर्श सेवाएँ /इंजेक्शन परामर्श कक्ष में या रोगी के निवास स्थान पर दी गईं । Whether consultation / injection had at the consulting room or at the residence of the patient.

13. निदान के दौरान संपन्न रोगात्मक /जीवाण्विक / विकिरणात्मक या अन्य समान प्रकार के परीक्षण के शुल्क। Charges for Pathology/ Bacteriology / Radiology or any other similar tests undertaken during diagnosis.				
	अस्पताल या प्रयोगशाला का नाम जहाँ परीक्षण किए गए। Name of the hospital/ lab. where tests were undertaken	परीक्षण का नाम Name of the test/s	परीक्षण के प्रभार Charges for the test/s	क्या परीक्षण डॉक्टर/ प्राधिकृत चिकित्सा परिचर की सलाह पर करवाए गए Whether the tests were under -taken on the advice of the Doctor / AMA
			कुल -रु./Total Rs	
14	डॉक्टर के नुस्खे के अनुसार दवाओं का नाम, खरीदी गई दवाओं की संख्या तथा दवा का दाम (नकद मेमो संलग्न करें) / Name of the medicine/s prescribed by the Doctor, No. of medicines purchased and cost of the medicine (cash memos to be enclosed)			
	नुस्खे के अनुसार दवाओं के नाम Name of the medicine/s prescribed	खरीदी गई दवाओं की संख्या / No. of medicine/s purchased	दवाओं के दाम Cost of the Medicine	
15	विशेषज्ञों के साथ परामर्श, विशेषज्ञ अथवा चिकित्सा अधिकारी को दिया गया शुल्क, सूचित करें कि : Consultation with specialist, fees paid a specialist or Medical Officer indicating :			
	परामर्शदाता विशेषज्ञ / चिकित्सा अधिकारी का नाम एवं पदनाम और सम्बद्ध अस्पताल का नाम। Name & designation of the specialist / Medical officer consulted and Hospital to which he attached to .	परामर्श सेवाओं की संख्या एवं तारीख और प्रत्येक परामर्श सेवा के लिए दिया गया शुल्क। No. & dates of consultations and fee paid for each consultation .	परामर्श सेवा कहाँ दी गई अस्पताल में, विशेषज्ञ / चिकित्सा अधिकारी के परामर्श कक्ष में, रोगी के निवास स्थान पर। Where the consultation was had i.e., at the hospital, consulting room of the specialist /medical officer, at the residence .	

16.	दावे की कुल रकम Total amount claimed	रु./Rs.	
17.	संलग्नकों की सूची List of enclosures	अ. नुस्खा / Prescription इ. कार्टन / Cartons उ.	आ. नकद मेमो / Cash memo ई. उ.

इस घोषण पत्र पर कर्मचारी हस्ताक्षर करें
DECLARATION TO BE SIGNED BY THE EMPLOYEE

मैं एतद् द्वारा घोषणा करता /करती हूँ कि इस आवेदन पत्र में दिए गए कथन मेरे ज्ञान और विश्वास के अनुसार सत्य हैं और जिस व्यक्ति के लिए यह खर्च उठाया गया वह मेरे ऊपर पूरी तरह से 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 to whom medical expenses were incurred is wholly dependent on me.

दिनांक
Date

कर्मचारी के हस्ताक्षर
Signature of the Employee

कार्यालय में उपयोग के लिए / Office Use

बिल की जाँच की गई और रु () के भुगतान के लिए पारित किया गया।
Bill checked and passed for payment of Rs. / - (only)

प्रभागीय प्रधान
Head of the Division