

केन्द्रीय विद्युत अनुसंधान संस्थान
CENTRAL POWER RESEARCH INSTITUTE. BANGALORE

भर्ती-रोगी उपचार / inpatient treatment

कर्मचारी / पेंशनर
Employee / Pensioner

अस्पताल में भर्ती रोगी के उपचार की ओर चिकित्सा व्ययों की प्रतिपूर्ति का दावा आवेदन Form of Application for Claiming Reimbursement of Medical Expenses towards inpatient 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.	अस्पताल का नाम तथा पता जहाँ रोगी की भर्ती की गई Name and address of the Hospital Where the patient was admitted	:	

13. दावे की रकम तथा प्रदत्त शुल्क के ब्यौरे, सूचित करते हुए कि : Details of amount claimed and fees for consultation indicating :				
i.	चिकित्सा अधिकारी का नाम व पदनाम और अस्पताल Name & Designation of the Medical Officer and Hospital	परामर्श सेवाओं की संख्या एवं तारीख No. and date of consultations	प्रत्येक परामर्श सेवा के लिए दिया गया शुल्क Fee paid for each consultation.	
			कुल /Total = Rs.	
ii	आवास प्रभार Accommodation charges से From तक To प्रति दिन के दर पर Rate per day कुल प्रभार / Total charges:
iii	निदान के दौरान संपन्न रोगात्मक /जीवाण्विक /विकिरणात्मक / फिसियोथेरेपी या अन्य समान प्रकार के परीक्षण के शुल्क Charges for Pathology/bacteriology / Radiology/ Physiotherapy or any other similar tests undertaken during diagnosis.			
	अस्पताल या प्रयोगशाला का नाम जहाँ परीक्षण किए गए । Name of the hospital or laboratory where the tests were undertaken	परीक्षण का नाम Name of the test/s	परीक्षण के प्रभार Charges for the test/s	
			कुल /Total = Rs.	
iv.	डाक्टर के नुस्खे की 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, Nol of medicines purchased and cost of the medicine (cash memos to be enclosed)			
	दिनांक Date	नुस्खे की दवाओं के नाम Name of the medicine/s prescribed	खरीदी गई दवाओं की संख्या No. of medicines purchased	दवाओं के दाम Cost of the Medicine

X.	कोई अन्य प्रभार Any other charges	दिनांक Date	विवरण Details	प्रदत्त राशि Amount Paid
14.	दावे की कुल रकम Total amount Claimed	:	रु./Rs.	
15.	घटाएँ: ली गई पेशगी Less advance taken	:	रु. /Rs.	
16.	दावे की निवल रकम Net amount claimed	:	रु. /Rs.	
17.	संलग्नकों की सूची List of enclosures	:	अ. नुस्खा / Prescriptions इ. कार्टन / Cartons उ. डिस्चार्ज सारांश:/ Discharge Summary	आ. नकद रसीद / Cash Memos ई. निदान रिपोर्ट / Diagnostic Reports ऊ.

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 है 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 / पेंशनर के हस्ताक्षर
Signature of the Employee/ Pensioner

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. / -
(Rupees only)

प्रभागीय प्रधान
Head of the Division