

केवल चिकित्सा विभाग के उपयोग हेतु / FOR MEDICAL DEPARTMENT USE ONLY

हमने रोगी को दिनांक को भेजा था। प्रतिपूर्ति सम्बन्ध दावा दिनांक के प्राप्त हुआ
Patient referred by us on Claim received on
हम अस्पताल गाड़ी दिनांक को दी। रोग का नाम
Ambulance provided by us on Nature of Disease
आपेक्षित सत्यपान के पश्चात मुख्य चिकित्सा अधिकारी
के अनुमोदन के लिए प्रस्तुत। भुगतान अनुमोदित किया जाता है
Submitted to C.M.O. approval after due verification
सहायक प्रशासिन : मुख्य चिकित्सा अधिकारी/नियंत्रक अधिकारी
A.A.O. Chief Medical Officer/Controlling Officer

तारीख /Date

प्रतिपूर्ति दावा लेखा विभाग को भेजने की तारीख

Claim sent to Accounts Department on

केवल लेखा विभाग के उपयोग हेतु / FOR ACCOUNTS OFFICER USE ONLY

1. परामर्श शुल्क / बहिरंग रोगी विभाग का शुल्क Consultant Fees / O.P.D. Charges	रु Rs.....
2. इंजेक्शन लगाने का शुल्क Fees for Administration of Injection	रु Rs.....
3. विकृत रोग विज्ञान /जीवाणु विज्ञान पर सम्बन्धी जाँच शुल्क Pathological Bacteriological Charges	रु Rs.....
4. विकिरण चिकित्सात्मक जाँच शुल्क Radiological Charges	रु/ Rs.....
5. आपरेशन का शुल्क Operation Charges	रु/ Rs.....
6. रक्तदान शुल्क Blood Transfusion Charges	रु/ Rs.....
7. औषधियों का मूल्य Cost of Medicine	रु/ Rs.....
8. दांत चिकित्सा शुल्क Dental treatment Charges	रु/ Rs.....
9. विशेष परिचर्या शुल्क Special Nursing Charges	रु/ Rs.....
10. अस्पताल गाड़ी का शुल्क Ambulance Charges	रु/ Rs.....
11. अन्य कोई शुल्क Any other Charges	रु/ Rs.....

भुगतान के लिए स्वीकृत कुल राशी Total Amount passed for treatment
घटाये : दिनांक के दी गई अग्रिम की राशी
Less : Advance paid on

रुपय शुद्ध प्राप्त रकम
Rupees..... Net Amount payable
नामे डाला / Debit

8475/04/4011 - अदा किया गया चिकित्सा व्यय टी.एम.एच. खाता
- Medical charges reimbursed TMH A/c
8476/04/4011 - चिकित्सा व्यय (अन्य) खाता
- Medical charges (others) A/c
8476/51/9033 - चिकित्सा व्यय नरवापहाड़
- Medical charges Narwapahar
8481/04/4041 - विविध (विद्यलय) खाता
- Miscellaneous (School) A/c
8533/03/3034 - व्यय (अन्य) शुल्क खाता
- Expenses (Other charges) A/c

भुगतान अधिकारी
Passing Authority

भुगतान प्राप्त किया गया
Received Payment

ग्राहक का हस्ताक्षर
Receiver's Signature

युरेनियम कारपोरेशन ऑफ इंडिया लिमिटेड, तुम्मलपल्लि

URANIUM CORPORATION OF INDIA LIMITED, TUMMAPALLE

कर्मचारी और उसके परिवार के सदस्य को चिकित्सा परिचर्या के सम्बन्ध में हुए व्यय की प्रतिपूर्ति के दावे के लिए आवेदन का फार्म।
Form of Application for claiming reimbursement of Medical Expenses incurred in connection with Medical Attendance/Treatment of the Employee and their families
(प्रत्येक रोगी के लिए अलग फार्म भरा जाय) (USE SEPARATE FORM FOR EACH PATIENT)

1. व्यक्ति का सूचन / Personal Data	
1.01 कर्मचारी का नाम Name of the Employee (IN CAPITAL LETTERS)	1.02 कर्मचारी संख्या Employee No.....
1.03 पदनाम Designation	1.04 विभाग सं Dept. No.
1.05 अनुभाग Section	1.06 मूल वेतन Basic Pay
1.07 रोगी का नाम Name of Patient.....	1.08 आयु (रोगी का) Age (Patient's Age).....
1.09 कर्मचारी से रोगी का सम्बन्ध Relationship with the Employee	
1.10 उस स्थान का नाम जहाँ रोगी बीमार पड़ा Place at which the patient fell ill	

दावे की राशी का ब्योरा / DETAILS OF AMOUNT CLAIMED

2. बहिरंग रोगी की परिचर्या तथा चिकित्सा O.P.D. ATTENDANCE & TREATMENT	
2.01 उस जगह का नाम जहाँ डॉक्टर परामर्श लिया गया Consultation at (Place) डॉक्टर का नाम With Dr..... रसीद संख्या तथा तारीख Receipt No. & Date.....	रु Rs.....
2.02 परामर्श की संख्या तथा तारीख No. & Date of Consultation परामर्श की फीस (रसीद संख्या तथा तारीख) Fees paid for Consultation Receipt No. & Date.....	रु Rs.....
2.03 कितने इंजेक्शन लगाये गये तथा किन-किन तारीखों को लगे No. & Date of Injection इंजेक्शन लगाने के लिए दी गई फीस की राशि Fees paid for administration of Injection Receipt No. & Date.....	रु Rs.....
2.04 रोग विकृत विज्ञान, जीवाणु विज्ञान पर जाँच की तारीख Pathological Bacteriological Investigation Date रसीद संख्या तथा तारीख Receipt No. & Date.....	रु Rs.....
2.05 विकिरण चिकित्सा सम्बन्ध जाँच की तारीख Radiological Investigation date रसीद संख्या तथा तारीख Receipt No. & Date.....	रु Rs.....
2.06 बहिरंग विभाग में किए गये आपरेशन का शुल्क Operation Charge done OPD on रसीद संख्या तथा तारीख Receipt No. & Date.....	रु Rs.....

2.07	खरीदी गई औषधियाँ Medicines Purchased		
	क्रम सं. Sl.No.	कैश मेमो सं और तारीख Cash Memo No. & Date	राशि Amount
	1.		
	2.		
	3.		
	4.		
2.08	बहिरंग रोगी की चिकित्सा पर हुई व्यय की कुल उपर पैर '2' में लिखी राशि रुपये Total amount claimed towards O.P.D. Treatment under '2' above Rs.....		
3.	अस्पताल में अन्तरंग रोगी की चिकित्सा HOSPITAL INDOOR TREATMENT		रु
3.01	अस्पताल का नाम और पता Name and address of Hospital		
3.02	आवास की श्रेणि Class of Accommodation (Ward/Cabin).....		
3.03	तारीख से तारीख तक (रसीद संख्य तथा तारीख) Acommodation from to @Rs.		रु. प्रतिदिन की दर से आवास हेतु दी गई राशि। रु Rs.....
3.04	तारीख से तारीख तक पथ्य शुल्क (रसीद संख्य तथा तारीख) Diet Charges from to @Rs.		रु Rs.....
3.05	रोग विकृत विज्ञान, जीवाणु विज्ञान पर आधारित जाँच (रसीद संख्य तथा तारीख) Pathological Bacteriological Investigation (vide Receipt No. & Date)		रु Rs.....
3.06	विकिरण चिकित्सात्मक जाँच (रसीद संख्य तथा तारीख) Radiological Investigation (vide Receipt No. & Date)		रु Rs.....
3.07	आपरेशन का शुल्क (रसीद संख्य तथा तारीख) Operation Charge (vide Receipt No. & Date)		रु Rs.....
3.08	औषधियाँ Medicines		
	क्रम सं. Sl.No.	रसीद संख्य तथा तारीख Receipt No. & Date	राशि Amount
	1.		
	2.		
	3.		
	4.		
3.09	विशेष परिचर्चा (रसीद संख्य तथा तारीख) Special Nursing (Receipt No. & Date)		रु Rs.....
3.10	अस्पताल गाडी तथा भाडा (यदि गाडी रोगी चिकित्सा करने वाली अस्पताल ने भेजी है) (रसीद संख्य तथा तारीख) Ambulance charge (in case provided by hospital where the patient received treatment)		रु Rs.....
3.11	उपयुक्त '3' के अन्तर्ग रोगी की चिकित्सा पर हुए व्यय की कुल राशि Total amount claimed towards inpatient Treatment under '3' above		रु Rs.....

4	माँगे गए यात्रा भत्ते का योग तारीख Date	Details of T.A. Claimed परिवहन का साथान Mode of conveyance	से(स्थान) From (Place)	तक(स्थान) To (Place)	दूरी कि.मी.में Distance in K.M.	भुगतान की वास्तविक राशि Actual Amount Paid
4.01	ऊपर '4' के अन्तर्गत यात्रा भत्ते पर हुए व्यय की कुल राशि Total amount claimed towards T.A. under '4' above					रु Rs.....
नोट-	यदि कर्मचारी की चिकित्सा उसके निवास स्थान पर हुई तो इस प्रकार की चिकित्सा का व्योका दें तथा प्राधिकृत चिकित्स अधिकारी का प्रमाण पत्र नियमानुसार संलग्न करें। Note- If the treatment was received by the employee at his residence give particulars of such treatment and attach a certificate from the authorised medical attendant as required by the rules.					
2	यदि चिकित्सा किस गैर सरकारी अस्पताल में करायी गई तो आवश्यक व्योरा तथा प्राधिकृत चिकित्सा अधिकारी का इस आशय का प्रमाण पत्र प्रस्तुत करें कि अपेक्षित चिकित्सा किस निकटतम सरकारी अस्पताल में उपलब्ध नहीं थी। If the treatment was received at the hospital other than the Government Hospital necessary details and the certificate of the authorised medical attendant that the requisite treatment was not available in any nearest Government Hospital should be furnished.					
3	यदि दवा भत्ता माता पिता का चिकित्सा से सम्बन्धित है तो दावेदार के निम्न लिखित घोषणा अलग से करनी चाहिए। If the claim is preferred towards the medical treatment of parents, the claimant is to furnish the declaration separately as under.					
4	मैं एतद द्वारा घोषणा करता हूँ मेरे ऊपर पूर्णतः आश्रित हैं तथा ये सामान्यतः मेरे साथ ही क्वार्टर संख्या में रहते हैं और उनकी मासिक आय 250/- रुपये से अधिक नहीं है। I hereby declare that the parents are wholly/mainly dependent upon me and they normally reside with me at Qr. No..... Village..... and their total income does not exceed Rs. 250/- p.m.					
5	माँगी गई राशि का योग (2+3+4) Total Amount Claimed (2+3+4)					रु Rs.....
5.01	घटायें (तारीख) की अग्रिम Less advance received on.....					रु Rs.....
5.02	दावे की राशि Net Amount Claimed					Rs.....
संलग्नों की सूची List of Enclosure						
कर्मचारियों के हस्ताक्षर के लिये घोषणा पत्र / Declaration to be signed by the Employee						
मैं एतद द्वारा घोषणा करता हूँ कि इस आवेदन पत्र में दिया गया विवरण मेरा सर्वोत्तम जानकारी एवं विश्वास में अनुसार सही है। तथा वह व्यक्ति जिसके चिकित्सा व्यय के बारे में दावा प्रस्तुत किया गया है पूर्णतया मेरे उपर आश्रित है तथा वह कहीं और से चिकित्सा सुविधा प्राप्त नहीं कर रहा/रहीं है। I hereby declare that the statement in this application is true to the best of my knowledge and belief and that the person for whom the medical expenses are claimed is wholly dependent upon me and he/she is not availing medical facilities elsewhere.						
दिनांक Date		कर्मचारी का हस्ताक्षर Signature of Employee				