



तऒेवदऱ; fo'ofon; ky;

Central University Of Jammu

jk; & l pluh (ckxy) ft ykl k& 181143 t few (t few, oad' elj)

Rahya- Suchani, Bagla District Samba-181143 Jammu (J &K)

चिकित्सा प्रतिपूर्ति प्रपत्र

Medical Re-imbursment Form

स्वयं और परिवार के सदस्यों/आश्रितों के उपचार के संबंध में चिकित्सकीय सहायता/ प्राधिकृत चिकित्सा परिचर वहिरंग रोगी या आंतरिक रोगी के रूप में अस्पताल में लिये गये उपचार के लिए किये गये चिकित्सा व्यय की प्रतिपूर्ति के दावे का आवेदन प्रपत्र।

Form of application claiming reimbursement of medical expenses incurred in connection with medical attendance and / or treatment for self and family members/dependents -For medical attendance /Treatment taken both from an Authorised Medical attendant as outdoor patient or a Hospital as indoor patient.

1. सरकारी कर्मचारी का नाम एवं पदनाम

Name & Designation of Govt. Servant (In Block Letters) : _____

1. क्या विवाहित है, अथवा अविवाहित यदि विवाहित है, तो उस स्थान का नाम पर पति/पत्नि नियुक्त हैं

Whether married or unmarried If married, the place where wife / husband is employed : _____

2. कर्मचारी कोड संख्या, विभाग/ अनुभाग

Employees Code No., Deptt/ Section : _____

2. सरकारी कर्मचारी का वेतन (बैंड पे एवं ग्रेड पे)

Pay of Govt. Servant (Band Pay & Grade Pay) : _____

3. निवास का पता

Residential address : _____

4. मरीज का नाम एवं सरकारी कर्मचारी के साथ उसका संबंध

Name of the patient & his /her relationship with the Government Servant

: _____

5. एन.बी. - बच्चे के संबंध में उनकी आयु भी बताएं

N.B. - in case of Children state age also

: _____

6. जिस स्थान पर बिमार हुए

Place at which the patient fell ill

: _____

7. दावे की राशि का विवरण

Details of the amount claimed

: _____

8. चिकित्सा परिचर्या

Medical Attendance

i परामर्श के लिए शुल्क दर्शाते हुए

Fee for consultation indicating-

(a) चिकित्सीय अधिकारी से परामर्श लिया गया उसका नाम एवं पदनाम एवं संबंधित अस्पताल अथवा डिस्पेंसरी
The name & designation of the Medical Officer consulted and hospital or dispensary to which attached : _____

(b) प्रत्येक परामर्श के लिए भुगतान किये गये शुल्कों की संख्या एवं तिथि
The number and dates of consultation and the fee paid for each consultation : _____

(c) इंजेक्शनों की संख्या एवं तिथि एवं उनके लिए भुगतान किया गया शुल्क
The number & dates of injection & the fee paid for each injection : _____

(d) क्या परामर्श और इंजेक्शन के अस्पताल में लिये गये, चिकित्सा अधिकारी के कमरे में अथवा मरीज के घर पर:
whether consultations and / or injections were had at the hospital, the consultation room of the medical officer or at the residence of the patient.: _____

II. निदान के दौरान वैकृत, जीवाण्वीय, विकिरण चिकित्सात्मक और अन्य समानात्मक परीक्षण के लिए प्रभार दर्शाते हुए

Charges for pathological, bacteriological, Radiological or other similar tests under taken during diagnosis indicating

a. अस्पताल अथवा प्रयोगशाला का नाम जहां पर करवाये गये; एवं :

_____ The name of the hospital or laboratory where under taken; and

b. क्या जांच अधिकृत चिकित्सक की सलाह पर करवाई गई। यदि ऐसा है तो इस आशय से प्रमाण पत्र संलग्न किया जाना चाहिए।
Whether the tests were under taken on the advice of the authorized medical attendant . If so certificate to the effect should be attached.

iii बजार से खरीदी गई दवाइयों का मूल्य

Cost of medicines purchased from the market :

_____ (कैश मीमों एवं अनिवार्य प्रमाण पत्र संलग्न करें/Cash memos and the essentiality certificate attached)

II. विशेषज्ञ से सलाह

Consultation with Specialist

विशेषज्ञ अथवा अधिकृत चिकित्सा परिचर के अलावा अन्य को अदा किया गया प्रभार दर्शाते हुए

Fee paid to specialist or a medical officer other than the authorised medical attendant indicating

a. विशेषज्ञ और चिकित्सा अधिकारी का नाम एवं जिस अस्पताल से संबंधित है उसका नाम

The name & designation of the Specialist or medical officer consulted and the hospital to which attached.

b. लिये गये परामर्शों की संख्या एवं दिनांक तथा अदा किया गया प्रभार

Number & dates of consultations and the fees paid for each consultation :

c. क्या परामर्श अस्पताल में लिया गया अथवा

Whether consultation was held at the hospital or at :

अधिकारी अथवा मरीज के घर पर

Officer or at the residence of the patient

d. क्या विशेषज्ञ और चिकित्सा अधिकारी का परामर्श अधिकृत चिकित्सा अधिकारी की सलाह पर लिया गया है

Whether the specialist or medical officer was consulted on the advice of the authorized medical attendantant : _____

9. दावे की कुल राशि/Total amount claimed : Rs. _____

10. घटाए लिया गया अग्रिम/Less advance taken : Rs. _____

11. कुलदावे की राशि /Net amount claimed : Rs. _____

12. संलग्नक की सूची / List of enclosures : _____

[सरकारी कर्मचारी द्वारा हस्ताक्षर किए जाने वाले प्रमाण पत्र / घोषणा]

[CERTIFICATE/DECLARATION TO BE SIGNED BY THE GOVERNMENT SERVANT]

1) प्रमाणित किया जाता है कि मैं.....जम्मू केंद्रीय विश्वविद्यालय में कार्यरत स्वयं के लिए / मेरे परिवार के किसी भी अन्य सदस्य के लिए चिकित्सा सुविधाओं / चिकित्सा भत्ते का वित्तीय लाभ किसी अन्य स्रोत नहीं ले रहा हूँ। मैं प्रमाणित करता हूँ कि मेरे द्वारा आवेदन में दिया गया विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सही है एवं जिस व्यक्ति के चिकित्सा खर्च किये गये थे वह पूर्णतः मुझ पर आश्रित हैं।

Certified that I, _____, employed at Central University of Jammu am not availing the medical facilities or financial / medical allowances in lieu thereof either for myself / or the members of my family from any (other) source. I hereby declare that the statements in the 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: _____

सरकारी कर्मचारी के हस्ताक्षर

Signature of

Government Servant

d. कि एक्स-रे, प्रयोगशाला परीक्षण आदि.....(अस्पताल / लैब का नाम(जिनके लिए रुपयेका व्यय किया गया था आवश्यक था और मेरी सलाह पर किया गया। that the X-ray, laboratory tests etc., for which an expenditure of Rs. _____ was incurred was necessary and were undertaken on my advice at _____ (Name of the hospital/Lab).

e. कि मुझे डॉ.....को विशेषज्ञ परामर्श के लिए बुलाया है।

that I called on Dr. _____ for specialist consultation.

दिनांक/Date: _____

हस्ताक्षर एवं चिकित्सा अधिकारी का पदनाम
अस्पताल में मामले के प्रभारी

**Signature & Designation of Medical officer
Incharge of the case at the Hospital**

भाग -बी

PART-B

(आंतरिक रोगियों के लिए प्रमाण पत्र बी)

(Certificate B-For Indoor Patients)

मैं प्रमाणित करता हूँ कि रोगी _____ अस्पताल के तहत उपचाराधीन था और रुपये _____ का खर्च किया गया था, जिससे संबंधित बिल और रसीदें संलग्न हैं, जो की रोगी की गंभीर हालत में स्वास्थ्य सुधार / रोकथाम के लिए आवश्यक थे ।

I certify that the patient has been under treatment at the _____ hospital and that the expenditure of Rs. _____ was incurred, vide bills and receipts attached, were essential for the recovery/prevention of serious deterioration in the condition of the patient.

हस्ताक्षर एवं चिकित्सा अधिकारी का पदनाम अस्पताल में मामले के प्रभारी

Signature & Designation of Medical officer Incharge of the case at the Hospital

प्रतिहस्ताक्षरित

चिकित्सा अधीक्षक / इस उद्देश्य के लिए अधिकृत चिकित्सा अधिकारी)

Countersigned

Medical Superintendent/Authorised medical officer for this purpose)

मैं प्रमाणित करता हूँ कि रोगीमें उपचाराधीन था और दी गई सुविधा नियुक्त थी जो मरीज के इलाज के लिए आवश्यक थी।

I certify that the patient has been under treatment at the _____ and the facilities provided were minimum which were essential for the patient's treatment.

चिकित्सा अधीक्षक / अधिकृत चिकित्सा अधिकारी

Medical Superintendent/authoried medical officer

(वित्त अनुभाग के प्रयोग के लिए /For Use by Finance Section)

मर्दे Items	दावे की राशि (रुपयों में) Amount Claimed(In Rupees)	राशि स्वीकृत(रुपयों में) Amount Allowed(In Rupees)	अभियुक्ति Remarks
दवाईयां /Medicine			
जांच/Tests			
कमरे का किराया/Room Rent			
ऑपरेशन / प्रक्रिया शुल्क आदि, ऑपरेशन, प्रक्रिया, आईसीयू / सीसीयू / परामर्श / अन्य निर्दिष्ट करें) Operation / Procedure charges etc., Operation, Procedure, ICU / CCU/ Consultation / Others Specify)			
कुल/TOTAL			

पारित(रूपयेकेवल) के लिए । चिकित्सा प्रतिपूर्ति रजिस्टर के पृष्ठ संख्याक्रम संख्या.....पर दर्ज
किया गया Passed for Rs. _____(Rupees_____only).

Entered in medical reimbursement register page No. _____Sr. No._____ Expenditure dubitable

[अवर श्रेणी लिपिक/LDC]
Officer]

[वित्त सहायक/Account Asstt.]

[अनुभाग अधिकारी/Section

[सहायक कुलसचिव/Asstt. Registrar]

[वित्त अधिकारी/ Finance officer]