

राष्ट्रीय प्रतिरक्षाविज्ञान संस्थान
NATIONAL INSTITUTE OF IMMUNOLOGY

बचत खाता संख्या/S.B. A/C No.	
दूरभाष संख्या Telephone No.	

चिकित्सा दावा हेतु आवेदन प्रपत्र FORM OF APPLICATION FOR MEDICAL REIMBURSEMENT CLAIM

1	नाम/Name (बड़े अक्षरों में In block letters)		
2	पदनाम/Designation		
3	कार्यालय/शाखा/प्रयोगशाला जिसमें कार्यरत है Office/Branch/Lab in which employed		
4	मूल वेतन Basic Pay		
5	आवास का पता Residential Address		
6	रोगी का नाम तथा उसका सरकारी कर्मचारी से संबंध Name of the patients and his/her relationship with Govt. servant		
7	ड्यूटी का स्थान Place of duty.		
8	रोग की प्रकृति एवं अवधि Nature of illness and its duration		
9	दावे की राशि Details of the amount claimed(चिकित्सा नियम Medical attendance)		
	अ)परामर्श लेने वाले चिकित्सा अधिकारी का नाम एवं पद तथा अस्पताल/ चिकित्सालय जिसमें कार्यरत है । Name and designation of the Medical Officer consulted and the Hospital/Dispensary to which attached.		
	ब) परामर्शों की संख्या तथा तिथि और प्रत्येक परामर्श के लिए भुगतान की गई फीस The number and dates of consultation and the fee paid for each consultation		
	स) क्या परामर्श /इंजेक्शन अस्पताल में लिए गए या चिकित्सा अधिकारी के परामर्श कक्ष अथवा रोगी के आवास पर Whether consultation/Injection were had at the hospital or at the consultation Room of the Medical Officer or at the residence of the patient.		
	द) कितने इंजेक्शन लगाए गए तिथि सहित और हरेक इंजेक्शन के लिए कितना शुल्क भुगतान किया गया । निदान परीक्षण के लिए कितना भुगतान किया गया । The number and date of injections and the fee paid for each injection including fee/charges paid for clinical tests.		
	न) बाजार से खरीद की गई दवाइयों का मूल्य (विवरण पीछे दिया गया है । Cost of the medicines purchase from the market (details overleaf) रूप में in Rs.		
10	9(अ) से (न) तक कुल दावे की रकम रू. Total amount claimed 9(a) to (e) (in Rs.)		
11	संलग्नक की सूची List of enclosures.		

घोषण कर्मचारी द्वारा हस्ताक्षित की जाए DECLARATION TO BE SIGNED BY THE EMPLOYEE.

मैं यह घोषण करता हूँ कि आवेदन प्रपत्र में दिया गया विवरण मेरी जानकारी एवं विश्वास में पूर्ण रूप से सही है और जिस/जिन व्यक्तियों के चिकित्सा पर व्यय किया गया है वह/ वे सभी मेरे आश्रित हैं ।

I hereby declare that the statement given 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.

तिथि Date

कर्मचारी के हस्ताक्षर Signature of the employee.

