



चिकित्सा व्यय की वापसी का आवेदन-पत्र  
**APPLICATION FOR REIMBURSEMENT OF  
MEDICAL EXPENSES FOR TREATMENT**

फा.न. सं. प्र/डाक्टरी - 50  
Form No.  
O&M/Med - 50

(प्रत्येक रोगी एवं इलाज के दौर के लिए अलग-अलग फार्म का प्रयोग करें)  
(Separate Form should be used for each Patient and for each spell of treatment)

1. डिवीजन DIVISION.....
2. कर्मचारी का नाम Name of Employee.....
3. कर्मचारी का पदनाम Designation of the Employee.....
4. स्टाफ सं. Staff No.....
5. विभाग Department.....
6. रोगी का नाम Name of the Patient.....
7. रोगी के साथ सम्बन्ध Relationship with Employee.....
8. बीमार पड़ने की जगह Place of illness.....
9. इलाज करने वाले चिकित्सक का नाम Attending Doctor's Name.....  
रजिस्ट्रेशन सं. Registration No.....
10. इलाज की अवधि से तक  
Period of treatment : From..... to.....
11. इलाज का स्थान : दवाखाना/अस्पताल/चिकित्सा का कक्ष/रोगी का निवास  
Place of treatment : DISPENSARY/HOSPITAL/DOCTOR'S CHAMBER/PATIENTS RESIDENCE

(क) परामर्श की फीस Consultation Fee @ Rs.	days	रु. Rs.....
(ख) इंजेक्शन की फीस Injection Fee @ Rs.	days	रु. Rs.....
(ग) विकिरण चिकित्सात्मक जांच का परिव्यय Radiological Tests		रु. Rs.....
(घ) रोगोत्पादक जांच का परिव्यय Pathological Tests		रु. Rs.....
(ड.) दवाईयों का मूल्य कैस मेमो सहित Cost of Medicine with Cash Memo		रु. Rs.....
(च) अस्पताल में आवास एवं विशेष उपचार का परिव्यय Accommodation & Special Nursing Charges in Hospital :		रु. Rs.....
से तक रु. प्रतिदिन From..... to..... @ Rs..... Per day		रु. Rs.....
(छ) अन्य मदें यदि कोई हों Other items, if any		रु. Rs.....
	कुल Total	रु. Rs.....

रुपया (RUPEES).....

सिर्फ  
ONLY)  
P.T.O.

मैं एतद्वारा घोषणा करता हूँ कि इस आवेदन में दिये गये विवरण सत्य है और जिस व्यक्ति के लिए चिकित्सा सम्बन्धी कार्य किये गये हैं वह मुझ पर पुर्णतः आश्रित है एवं मेरी सर्वोत्तम जानकारी एवं विश्वास के अनुसार वह चिकित्सीय परिचर्या नियम के अन्तर्ग चिकित्सीय व्यय की वापसी के हकदार है।

I hereby advice that the statements in the application are true and that the family members for whom medical expenses were incurred is dependent upon me and to the best of my knowledge and belief, is entitled to get reimbursement of medical expenses under the Medical Attendance Rules.

अनुलग्नक : नुस्खा, रसीद, कैश मेमो आदि।

Encl -

1. Prescription.....
2. Receipts.....
3. Cash Memo.....

Sanctioned Rs.....

Disallowed Rs.....

कर्मचारी का हस्ताक्षर

(Signature of the Employee)

तिथि Date.....

नियंत्रण अधिकारी का पदनाम सहित हस्ताक्षर

Signature of the Controlling Officer with Disignation

तिथि

Date.....19

टिप्पणी : दावेदार को परामर्श दिया गया है कि दावे की जाँच एवं अंकेक्षण के लिए इलाज करने वाले चिकित्सक से दवाई के नुस्खे पर स्पष्ट शब्दों में बीमार का नाम लिखवा लें जिससे कि दावे का तुरन्त निपटारा हो सके।

Note: Claimants are advised to get in written by the treating doctor on the prescription in clear words about the nature of ailment for which the patient was suffering for checking and auditing the claim and for its quick disposal.