

चिकित्सा प्रतिपूर्ति बिल

इंदिरा गांधी शारीरिक शिक्षा एवं खेल विज्ञान संस्थान

(दिल्ली विश्वविद्यालय)

बी-ब्लॉक विकासपुरी, नई दिल्ली-११००१८

विश्वविद्यालय के कर्मचारियों और उनके परिवारों के चिकित्सा देखभाल उपचार के संबंध में किए गए चिकित्सा व्यय की वापसी का दावा करने के लिए आवेदन प्रपत्र।

ध्यान दें: प्रत्येक रोगी के लिए अलग फॉर्म का उपयोग किया जाना चाहिए।

1. कर्मचारी का नाम और पदनाम: (1) चाहे वह विवाहित हो या अविवाहित:

(1) यदि विवाहित है, तो वह स्थान जहां की पत्नी/पति हो

कर्मचारी कार्यरत है (जहां लागू हो):

(नौकरी के मामले में, पत्नी नियोक्ता द्वारा विधिवत

प्रतिहस्ताक्षरित एक संयुक्त घोषणा/

बच्चे के पति को सुसज्जित किया जा सकता है

प्रत्येक वित्तीय वर्ष में प्रथम बिल के समय)

2. विश्वविद्यालय/कॉलेज का मूल वेतन

कर्मचारी और कोई अन्य परिलब्धियाँ, जिन्हें अलग से दिखाया जाना चाहिए:

3. ड्यूटी का स्थान/अनुभाग:

4. वास्तविक आवासीय पता:

5. रोगी का नाम और विश्वविद्यालय/कॉलेज कर्मचारी से उसका संबंध:

नोट: बच्चों के मामले में उम्र भी बताएं।

6. वह स्थान जहाँ रोगी बीमार पड़ा:

7. क्या W.U.S. का सदस्य है? स्वास्थ्य केंद्र है या नहीं:

8. दावा की गई राशि का विवरण:

(1) परामर्श के लिए शुल्क, जिसमें शामिल हैं:

(ए) परामर्शित चिकित्सा अधिकारी का नाम, योग्यता और पदनाम

और अस्पताल या औषधालय जिससे जुड़ा हुआ है।

(बी) परामर्शों की संख्या और तारीखें और प्रत्येक परामर्श के

लिए भुगतान किया गया शुल्क।

(सी) इंजेक्शन की संख्या और तारीखें और प्रत्येक इंजेक्शन के लिए भुगतान किया गया शुल्क।

(डी) क्या परामर्श और या इंजेक्शन वाई परामर्श में अस्पताल में था चिकित्सा कार्यालय या रोगी के निवास पर कमरा।

(1) पैथोलॉजिकल, बैक्टीरियोलॉजिकल, के लिए शुल्क रेडियोलॉजिकल या अन्य समान परीक्षण के अंतर्गत-निदान के संकेत के दौरान लिया गया।

(ए) अस्पताल या प्रयोगशाला का नाम जहां परीक्षण किए जाते हैं:

(बी) क्या परीक्षण अधिकृत मेडिकल अटेंडेंट की सलाह पर किए गए थे। यदि हां, तो उस आशय का एक प्रमाणपत्र संलग्न किया जाना चाहिए।

(II) बाजार से खरीदी गई दवाओं की लागत (दवाओं की सूची, कैश मेमो और आवश्यक प्रमाण पत्र संलग्न किया जाना चाहिए):

कुल:

9. संलग्नक की सूची:

यदि एम्बुलेंस उपलब्ध नहीं है और उसके लिए टैक्सी का उपयोग किया जाता है तो कृपया अस्पताल से इस आशय का एक प्रमाण पत्र प्रस्तुत करें कि मरीज के लिए वाहन

आवश्यक था। विश्वविद्यालय/कॉलेज कर्मचारी द्वारा हस्ताक्षरित घोषणा:

मैं यतद्वारा घोषणा करता हूँ कि इस आवेदन में दिए गए कथन मेरी सर्वोत्तम जानकारी और जानकारी के अनुसार सत्य हैं और जिस व्यक्ति से मेरे साथ रहने पर चिकित्सा व्यय हुआ और वह पूरी तरह से मुझ पर निर्भर है और उसकी आय रुपये से कम है। 500/- प्रति माह सभी स्रोतों से।

तारीख: _____

(पूर्व रसीद)

सरकारी कर्मचारी के हस्ताक्षर और कार्यालय जिससे संलग्न है

टिप्पणी:

1. राशि रुपये से अधिक नहीं है। इस वित्तीय वर्ष के दौरान 500/- रु.
2. उपयोग की गई दवाओं के 5% खाली रैपर, शीशी की बोटलें प्रमाणीकरण के लिए संलग्न की जाती हैं और बिनाश।
3. सभी खाली सामान, रैपर, शीशी की बोटल को सत्यापन और नष्ट करने के लिए संलग्न किया गया है के रूप में राशि रुपये से अधिक हो गयी है। वित्तीय वर्ष के दौरान 1000/- रु.
4. इस मेडिकल बिल की प्रविष्टि मेडिकल बिल रजिस्टर के पेज नंबर क्रमांक पर की जाती है।

कार्यालय मुहर के साथ नियंत्रण प्राधिकारी के हस्ताक्षर।