

राष्ट्रीय विज्ञान संचार एवं सूचना स्रोत संस्थान

NATIONAL INSTITUTE OF SCIENCE COMMUNICATION AND INFORMATION RESOURCES

डा के.एस. कृष्णन् मार्ग, नई दिल्ली - 110 012/Dr.K.S. Krishnan Marg New Delhi 110 012

14, सत्संग विहार मार्ग, नई दिल्ली - 110 067/ 14, Satsang Vihar Marg New Delhi 110 067

एमईसी - 97 - बी

केन्द्रीय सरकार के कर्मचारियों और उनके परिवारों की चिकित्सा सेवा और परिवार चिकित्सा -उपचार के संबंध में किए गए चिकित्सा व्यय की वसूली के दावे के लिये प्राधिकृत मेडिकल अटेंडेंस द्वारा चिकित्सा सेवा के लिए आवेदन-पत्र ।

Form of application for claiming refund of medical expenses incurred in connection with medical attendance and/or treatment of Central Govt. Servants and their families for Medical Attendance by Authorised.

- 1) साफ अक्षरों में सरकारी कर्मचारी का नाम :
और पदनाम (स्पष्ट शब्दों में)
Name & Designation of Govt. Servant in
(Block letters)
- 2) कार्यालय का नाम जिसमें कार्यरत है । :
Office in which employed
- 3) एफ.आर. में परिभाषित सरकारी कर्मचारी का :
वेतन और अन्य कोई परिलब्धियां जो अलग
से दिखानी चाहिये ।
Pay of the Govt. Servant defined in the FR
and any other emoluments which should be
shown separately
- 4) कार्य स्थल :
Place of duty
- 5) वास्तविक निवास स्थान का पता :
Actual residential Address
- 6) रोगी का नाम और उसका सरकारी कर्मचारी :
के साथ संबंध
नोट:- बच्चों के मामले में उनकी उम्र भी
लिखें ।
Name of the patient and his/her relationship to
Govt. Servant

N.B: In case of children, state age also

7) जहां रोगी बीमार हुआ हो उस स्थान का नाम :
Place at which the patient fell ill

8) दावे की राशि का विवरण :
Details of the amount claimed

चिकित्सा सेवा/Medical Attendance

1. परामर्श सेवा :
Fees of consultation

2. चिकित्सा अधिकारी का नाम और पद जिससे :
परामर्श किया गया है संबंधित अस्पताल या
औषधालय का नाम
The name & designation of the Medical Officer
consulted & the hospital or dispensary to which
attached.

3. क्या परामर्श और इंजेक्शन अस्पताल में चिकित्सा :
अधिकारी के कक्ष में या रोगी के निवास स्थान पर
लिए गए थे ।
Whether consultation and/or injections were had
at the hospital at the consulting room of the
medical officer or at the residence of the patient

4. निदान करते समय पथोलॉजिकल बैक्टीरियोलॉजि- :
कल रेडियोलॉजिकल या अन्य उसी प्रकार के
परीक्षण का व्यय निम्न को दर्शाते हुए
Charges of pathological, bacteriological
Radiological or other similar costs undertaken
during diagnosis indicating

(क) अस्पताल या प्रयोगशाला का नाम जहां :
परीक्षण किये गये थे और
The name of the hospital/laboratory where
undertake ; and

(ख) क्या प्राधिकृत चिकित्सक की सलाह पर :
परीक्षण किये गये थे यदि हां, तो इस
आशय का प्रमाणपत्र संलग्न करें ।
Whether the tests were undertaken on the

advice of the authorized medical attendant,
If so, a certificate to that effect should be
attached.

5. बाजार से खरीदी गई औषधियों का मूल्य :
Cost of the medicines purchased from the market
6. दावे की कुल राशि :
Net amount claimed
7. अग्रिम रूप से लिया गया ऋण :
Loan advanced taken on
8. दावे की शुद्ध राशि :
Net amount claimed
9. संलग्नकों की सूची :
List of enclosures

सरकारी कर्मचारी द्वारा हस्ताक्षर की जानी वाली घोषणा
DECLARATION TO BE SIGNED BY THE GOVERNMENT SERVANT

मैं घोषणा करता/करती हूँ कि इस आवेदन पत्र में दिये गये विवरण मेरी अधिकतम जानकारी और विश्वास से सही है और जिस व्यक्ति के लिए चिकित्सा संबंधी व्यय किया गया है, वह पूर्ण रूप से मुझ पर आश्रित है ।

I, hereby declare that the statements in this application are true to the best of my knowledge and belief and that the person for whom medical expenses were incurred is wholly dependant upon me.

मैं प्रमाणित करता/करती हूँ कि इस स्थान के समीप 2 कि.मी. की परिधि में औषधियां खरीदने हेतु कोई सुपर बाज़ार या सरकारी मेडिकल कापरेटिव स्टोर नहीं है ।

I, hereby certify that there is no Super Bazar or Govt. co-operative Medical Store within the radius of 2 Km. for the purchase of medicines, at this place.

सरकारी कर्मचारी के हस्ताक्षर
तथा कार्यालय जिससे वह संबद्ध है
Signature of the Govt. Servant
And Office of which arrached

दिनांक/Dated:-