



चिकित्सकीय खर्च प्रपत्र

(चिकित्सकीय परिचर्या अथवा इलाज खर्च की प्रतिपूर्ति हेतु)

Emp.ID:

Form of the application for claiming refund of Medical Expenses incurred in connection with Medical Attendance and or treatment of University employees and their families:

अवधि/Period: - Fromसे/To.....तक

प्रत्येक रोगी के लिए अलग फॉर्म का प्रयोग करें। N.B. - Separate form should be used for each patient.

1. कर्मचारी का नाम एवं पदनाम

Name and designation of the employee :

विभाग /Department :

कार्यग्रहण तिथि/Date of Joining :

कार्यमुक्ति की तिथि (यदि लागू हो)/Date of relieving (if applicable):

(i) विवाहित/अविवाहित /Whether married or unmarried :

(ii) पति/पत्नी कहां कार्यरत हैं? (यदि लागू हो तो) :

यदि हाँ तो कृपया संयुक्त घोषणा की प्रतिलिपि संलग्न करें

If married the place where wife/ Husband
of the employee is employed (Where applicable)

If yes please attached copy of Joint declaration.

(प्रत्येक वित्तीय वर्ष में पहले बिल के साथ पति पत्नी दोनों के द्वारा हस्ताक्षरित घोषणापत्र जमा करें।)

In case employed a Joint declaration duly countersigned by the employed wife/husband may be
furnished) at the time of first bill in each financial year.

2. वेतनमान एवं अन्य परिलब्धियां (अलग-अलग)

Pay of the employee, and other emoluments,
which should be shown separately :

3. आवासीय पता / Residential Address:

4. रोगी का नाम एवं कर्मचारी के साथ संबंध

(बच्चा हो तो उम्र भी लिखें)

Name of the patient and his/her relationship to the employee:

N.B. - In the case of children state age also.

5. कहां बीमार हुआ? Place at which the patient fell ill:

6. अभीष्ट राशि का विवरण / Details of the amount claimed:
चिकित्सकीय परिचर्या / MEDICAL ATTENDANCE:

i) चिकित्सक की फीस/Fees for consultation

क्रम संख्या/ Sr. No.	चिकित्सा पदाधिकारी का नाम, योग्यता, पदनाम/ the name, qualification and designation of the medical officer consulted	चिकित्सकीय सलाह की तिथियां /Date of Consultation	चिकित्सकीय सलाह की बिल संख्या/ Bill No. of Consultation	पृष्ठ क्रमांक पर संलग्न है / Annexed at page number	चिकित्सकीय सलाह की फीस /Fee for Consultation	सीजीएचएस दर के अनुसार स्वीकार्य राशि (कार्यालय उपयोगार्थ)/ Amount admissible as per CGHS Rate (for office use)
कुल राशि /Total amount						

ii) बाजार से खरीदी गई दवाइयों की लागत

Costs of medicines, purchase from the market :

(दवाइयों की सूची, रसीद एवं अन्य प्रमाण पत्र अवश्य संलग्न करें)

(List of medicines, cash memos, and the essential certificates should be attached)

क्रम संख्या/ Sr. No.	दवा की बिल संख्या/ Bill No. of Medicine	बिल की तारीख/ Date of Bill	पृष्ठ क्रमांक पर संलग्न है / Annexed at page number	राशि/ Amount	सीजीएचएस दर के अनुसार स्वीकार्य राशि (कार्यालय उपयोगार्थ)/ Amount admissible as per CGHS Rate (for office use)
कुल राशि /Total amount					

iii) परीक्षण का विवरण
Details of Test:

क्रम संख्या/ Sr. No.	परीक्षण का बिल संख्या/ Bill No. of Test	बिल की तारीख / Date of Bill	पृष्ठ क्रमांक पर संलग्न है / Annexed at page number	राशि / Amount	सीजीएचएस दर के अनुसार स्वीकार्य राशि (कार्यालय उपयोगार्थ)/ Amount admissible as per CGHS Rate (for office use)
कुल राशि /Total amount					

iv) पैकेज/प्रक्रिया का विवरण
Details of Package/Procedure:

क्रम संख्या/ Sr. No.	पैकेज/प्रक्रिया की बिल संख्या/ Bill No. of Package/Procedure	बिल की तारीख / Date of Bill	पृष्ठ क्रमांक पर संलग्न है / Annexed at page number	राशि / Amount	सीजीएचएस दर के अनुसार स्वीकार्य राशि (कार्यालय उपयोगार्थ)/ Amount admissible as per CGHS Rate (for office use)
कुल राशि /Total amount					

7 कुल अभीष्ट राशि /Total amount claimed :

विश्वविद्यालय के कर्मचारी की घोषणा / Declaration to be signed by the University Employee:

(1) मैं एतद् द्वारा घोषणा करता/करती हूँ कि इस आवेदन में दी गई सूचनाएं मेरी जानकारी एवं विश्वास के अनुसार सत्य हैं, और जिसपर चिकित्सकीय खर्च किया गया है, वे पूर्णतया मुझ पर निर्भर हैं। 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 dependent upon me.

- (2) मैं यह भी प्रमाणित करता/करती हूँ कि मेरे आवास के 3 किमी के दायरे में कोई सरकारी सहकारी स्टोर/दवाखाना नहीं है।
also certify that there is no co-operative store/medical store run by government or Super Bazaar within the radius or 3 k.m. from my residence.
- (3) मैं एतद्वारा घोषणा करता हूँ कि उपरोक्त बिल का दावा न तो मेरे आश्रित परिवार के सदस्यों द्वारा किया गया है और न ही किसी एजेंसी द्वारा / I hereby declare that the above bill neither claimed by my dependent family members nor from insurance/any other agency.
- (4) मैं एतद्वारा घोषणा करता हूँ कि ऊपर दर्शाए गए परिवार का सदस्य पूरी तरह से मुझ पर निर्भर हैं और उसकी व्यक्तिगत आय ₹ 9000/- प्लस डीए रुपये से कम है। (आश्रित परिवार के सदस्यों से संबंधित दावे के मामले में लागू) /I hereby declare that the above family member is fully dependent upon me and his individual income is less than Rs. 9000/- plus DA. (Applicable in case of claim related to dependent family member)

Note:

1. बिल रसीद के साथ है। / Bill is Pre-Receipted.

2. चिकित्सा दावे के सभी पृष्ठों पर हस्ताक्षर और सत्यापित कर दिया गया है। / All the pages of the medical claim have been signed and verified.

(कर्मचारी का हस्ताक्षर /
Signature of employees)

दिनांक / Date.....

(लेखा अनुभाग द्वारा भरा जाएगा / To be filled in by the Accounts Section)

प्रमाणित किया जाता है कि आवश्यक पंजियों में दर्ज कर लिया गया है। चिकित्सकीय पंजी के पृष्ठ संख्या.....के क्रमांक.....पर दर्ज है / Certified that necessary entries have been made in record. Entered in the medical Register on page No. _____ Sr. No. _____

राशि का बिल पारित/Bill passed for Rs.....

चिकित्सा अधिकारी
Medical officer

कार्य सहायक
Dealing Assistant

अनुभाग अधिकारी(वित्त)
S.O. (Finance)

सलाहकार (आंतरिक लेखा परीक्षक)
Consultant (Internal Audit)

वित्त अधिकारी
Finance Officer

कुलसचिव
Registrar

JOINT DECLARATION FOR CLAIMING REIMBURSRMENT OF MEDICAL EXPENSES/LEAVE TRAVEL
CONCESSION/CHILDREN EDUCATION ALLOWANCE
(IN CASE BOTH HUSBAND & WIFE ARE GOVT. EMPLOYEES)

DECLARATION BY HUSBAND

I _____, hereby declare that my spouse, Smt. _____ is working in _____ as _____. I also declare that I will avail all the benefits such as Medical Facilities, Leave Travel Concession, Children Education Allowance, etc. from my office/ from the office of my spouse for myself and my family members as mentioned below:

Sr. No.	Name	Relationship
1.		
2.		
3.		
4.		

Signature of Employee _____
Designation _____
Date _____

DECLARATION BY WIFE

I _____, hereby declare that my spouse, Shri _____ is working in _____ as _____. I also declare that I will avail all the benefits such as Medical Facilities, Leave Travel Concession, Children Education Allowance, etc. from my office/from the office of my spouse for myself and my family members as mentioned below:-

Sr. No	Name	Relationship
1.		
2.		
3.		
4.		

Signature of Employee _____
Designation _____
Date _____

Note:

1. Acceptance of the declaration by the Competent Authority in the spouse's office should be submitted along with this declaration, failing which it would not be accepted.
2. In case of any change in future, the same should also be intimated jointly.