

केंद्रीय सरकारी कर्मचारी तथा उनके परिवार का डाक्टरी परीचर्चा और इलाज पर हुए डाक्टरी खर्चा का दावा करने का आवेदन पत्र  
Form of application for claiming refund of Medical Expenses incurred in connection with medical attendance and/or  
treatment Central Government Servants and their Families for medical attendance/treatment taken both from an Authorised  
Medical Attendance and a Hospital

सूचना : हर रोगी के लिए अलग फार्म भरा जाना चाहिए

**N.B.: SEPARATE FORM SHOULD BE USED FOR EACH PATIENT**

1. सरकारी कर्मचारी का नाम और पद  
( साफ अक्षरों में ) .....
1. Name and Designation of Government Servant  
(IN BLOCK LETTERS) .....
- (अ) क्या विवाहित/अविवाहित है .....
- (i) Whether married or unmarried .....
- (ब) अगर विवाहित है तो पत्नी/पत्नी रोजगार में है .....
- (ii) If married the place where wife/Husband is employed .....
2. किस कार्यालय में काम कर रहा है .....
2. Office in which employed .....
3. आधारभूत नियमों में वेतन की दी गई परिभाषा के अनुसार सरकारी कर्मचारी की  
वेतन यदि अन्य कोई उपलब्धियाँ हो तो उन्हें अलग से दिखाया जाना चाहिए.....
3. Pay of Government Servant as defined in the  
Fundamental Rules and any other emoluments, which  
should be shown separately. ....
4. नोकरी का स्थान .....
4. Place of Duty .....
5. निवास का वास्तविक पता .....
5. Actual Residential Address .....
6. रोगी किस नाम और सरकारी कर्मचारीसे उनका संबंध  
सूचना - यदि बीमार बच्चा हो तो उसकी उम्र भी लिखी जाए .....
6. Name of the patient and his/her relationship to the  
Government Servant. ....
- N.B.-In the case of children state age also. ....
7. रोगी किस स्थान पर बीमार पड़ा .....
7. Place at which the patient fell ill .....
8. बीमारी का स्वरूप तथा अवधि .....
8. Nature of illness and duration .....
9. दावे की रकम का ब्यौरा .....
- 9-Date of the Amount claimed .....

**डाक्टरी परिचर्चा**

**MEDICAL ATTENDANCE**

- (1) निम्नलिखित मदोंका निर्देश करते हुए परामर्श की फीस .....
- (i) Fees for consultation indicating .....
- (अ) जिस चिकित्सा अधिकारी में परामर्श लिया गया है, उसका नाम, पद  
तथा उस अस्पताल या औषधालय का नाम जिससे वह अधिकारी  
सम्बन्ध है .....
- a. The name, qualification and designation of the  
Medical Officer consulting and the Hospital or  
Dispensary to which attached. ....
- (ब) कितनी बार और किस किस तारीख को परामर्श लिया गया और हर  
परामर्श के लिए कितनी फीस दी गई है .....
- b. The number and dates of injection and the fees  
paid for each injection. ....
- (क) कितनी सुईयाँ किन किन तारीखों का लगी और हर सुई के लिए कितनी  
फीस देनी पड़ी .....
- c. The number and dates of injections and the fees  
paid for each injection. ....
- (ड) क्या परामर्श और/या सुईयाँ अस्पताल में ली गई या चिकित्सा  
अधिकारी के परामर्श कक्ष में या रोगी के निवास स्थान पर .....
- d. Whether consultation and/or injections were had  
at the Hospital, at the consulting room of the  
Medical Officer or at the residence of the patients. ....



(2) रोग का निदान करके कसब किए गए विकृती - वैज्ञानिक, जीवाणु - वैज्ञानिक, बीकिरण- वैज्ञानिक और ऐसे ही दूसरे परीक्षण का खर्च लिखिए निम्नलिखित बातें बताईए -

(2) Charges for pathological, bacteriological, radiological or other similar tests undertaken and-

(अ) अस्पताल या प्रयोगशाला का नाम जहा परीक्षण हुए और  
a. The name of the Hospital or Laboratory where the tests were undertaken and

(ब) क्या वे परीक्षण प्राधिकृत चिकित्सा परिचारक की सलाह पर हुई यदि हा तो इसका प्रमाणपत्र इसके साथ लगाए  
b. Whether the tests were undertaken on the advice Of the authorized medical attendant, if so a certificate to that effect should be furnished.

(क) बाजार से खरीदी गई इवाओं का मूल्य नगद मेमो और जरूरी प्रमाणपत्र सलग्न करें  
c. Cost of Medicines purchased from the Market. (Cash memos and the essentially certificate should be attached).

10. अनुलग्नकों की सूची  
10. List of enclosures

11. दावे की कुल रकम  
11. Total Amount Claimed

**इस घोषणा पर सरकारी कर्मचारी हस्ताक्षर करें**  
**GOVERNMENT SERVANT SHOULD SIGN ON THIS DECLARATION**

मैं घोषित करता हूँ की इस प्रार्थना पत्र में दिया गया बयान मेरी जानकारी और विश्वास के अनुसार ठीक है और जिस व्यक्ति के उपर चिकित्सा व्यय किया गया है वह पूर्णतः मेरे उपर आश्रित है ।

I hereby declare that the statements in the 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.

स्थान :  
Place:  
दिनांक :  
Date:

सरकारी कर्मचारी के हस्ताक्षर और कार्या धय जिसमें वह काम कर रहा है  
Signature of the Government Servant  
and office to which attached.

केवल कार्यालयीन उपयोग के लिए  
FOR OFFICE USE ONLY