

चिकित्सा दावा के साथ प्रस्तुत करने के लिए प्रोफार्मा
PROFORMA TO ACCOMPANY MEDICAL CLAIMS

1	दावेदार का नाम एवं पदनाम Name & Designation of the claimant	:		
	कर्मचारी कोड Employee Code	:		
2	वर्तमान कुल वेतन Total Pay on date (जी एफ आर 21 के तहत वेतन +विशेष वेतन) (Pay + Special Pay as per GFR.21)	:		
3	चिकित्सा अधिकारी का नाम एवं पदनाम, जिसने रोगी की चिकित्सा की Name and designation of the Medical Officer who treated the patient	:		
4	रोगी का नाम एवं उससे संबंध Name of the Patient and relation ship	:		
5	रोग की प्रकृति Nature of disease	:		
6	चिकित्सा की अवधि Period of Treatment	:		
7	चिकित्सा अधिकारी को दी गई रकम का विवरण / Details of the amount paid to Medical Officer towards	:		
(क) परामर्श Consultation		इंजेक्शन आदि Injection etc		
तारीख/Date	शुल्क /Fee	तारीख/Date	शुल्क /Fee	
8	खरीदी गई दवाइयों का मूल्य Cost of Medicines purchased			
दवाइयों का नाम Name of Medicines (In Block Letters)	मूल्य Cost	बिक्रीकर Sale Tax	टी पी एस TPS	फार्मसी कानाम, बिल सं एवं तारीख Name of Pharmacy and Bill No with date

9	निम्न के लिए दावा की गई रकम का विवरण Details of amount claimed under:-						
परामर्श Consulta tion	इंजेक्शन Injection	प्रयोगशाला laboratory	एक्स रे/ ईसीजी X- Ray/ECG	अस्पताल वास Hospital Stoppage	आवास Accom modation	दवायें Medicine	कुल Total

प्रमाणित किया जाता है कि मेरे घर (घर का पता) और विभागीय कोऑपरेटिव स्टोर के बीच की दूरी दो किमी से अधिक/कम है Certified that the distance between my residence (Home Address).....and the Departmental Co-operate store is less/ more than Two kilometers.

स्थान Place :
तारीख Date :

आवेदक का हस्ताक्षर
Signature of the Applicant

केवल कार्यालय उपयोग के लिए /FOR OFFICE USE ONLY

जांच की । दवाइयां प्रतिपूर्ति के योग्य हैं । रोगी की पराश्रितता का सत्यापन कर लिया गया है । रुपये (रुपये मात्र) के लिए दावा पास किया गया ।

Checked. The Medicines are reimbursable. Dependency of the patient has been verified. Claim may be passed for a sum of Rs..... (Rupees only).

प्रशासनिक अधिकारी/ सहायक/ उप आयुक्त
Admn. Officer/ Asst./ Dy. Commissioner