

भारत सरकार / Government of India

अंतरिक्ष विभाग / Department of Space

अंतरिक्ष उपयोग केंद्र / Space Applications Centre

अहमदाबाद / Ahmedabad - 380 015.

(अंशदायी स्वास्थ्य सेवा योजना) / (Contributory Health Service Scheme)

दवाईयों की कीमत की प्रतिपूर्ति के लिए आवेदन प्रपत्र
Form for application for claiming reimbursement of the
Cost. of medicines

(प्रत्येक रोगी के लिए अलग-अलग फार्म का प्रयोग करना चाहिए)
(Separate form should be used for each patient)

वेतन क्रमांक / Pay Roll No. _____

क्षेत्र / विभाग / Area/Dn. _____

मूल वेतन रु. / B. Pay Rs. _____

टेलीफोन नं. / Tel. No. _____

1. सरकारी कर्मचारी का नाम (बड़े अक्षरों में)
Name of Government Servant in Block Letters :
2. पदनाम / Designation :
3. वास्तविक निवास का पता / Actual residential address :
4. रोगी का नाम तथा उसका सरकारी कर्मचारी के संबंध
Name of the patient and his / her relationship
to the Govt. Servant :
5. हिताधिकारियों के अंस्वासेयो पंजीकरण कार्ड संख्या
CHSS Registration Card no. of the beneficiaries :
6. विशेषज्ञ का परामर्श / Specialist Consultation
(1) विशेषज्ञ का नाम / Name of the Specialist :
(2) परामर्श की संख्या व दिनांक
The number and date of consultation :
7. अस्पताल में भर्ती / Hospitalization
(1) नर्सिंग होम / अस्पताल / पोलिक्लिनिक का नाम
Name of Nursing Home/Hospital/Poly-clinic :
(2) ठहरने की अवधि / Period of Stay :
8. बाजार से खरीदी गई दवाईयों की कीमत (संलग्न नकद रसीदें) :
Cost of medicines purchased from the market (cash memos attached) :
9. दावे की राशि / Amount claimed :
10. अनुलग्नकों की संख्या / List of enclosures :

सरकारी कर्मचारी के हस्ताक्षर सहित की गई घोषणा / Declaration to be signed by the Government Servant

मैं एतद् द्वारा घोषणा करता / करती हूँ कि मेरे पूर्ण ज्ञान और विश्वास से इस आवेदन में दिए गए विवरण सही हैं और जिस व्यक्ति के लिए चिकित्सा व्यय किया गया है वह पूर्ण रूप से मेरे ऊपर 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 dependent upon me.

स्थान / Station : _____

दिनांक / Date : _____

सरकारी कर्मचारी के हस्ताक्षर

Signature of the Govt. Servant

1. में डॉ. _____ एतद् द्वारा प्रमाणित करता/करती हूँ कि रोगी मेरे इलाज में रह चुका/चुकी है और निम्नलिखित जो दवाइयाँ रोगी की विकृत दशा में सुधार लाने / रोग निवारण के लिए लिखी गई है, आवश्यक थीं।

I Dr. _____ hereby certify that the patient has been under my treatment and that the under mentioned medicines prescribed by me in this connection were essential for the recovery/prevention of serious deterioration in the condition of the patient.

2. मैंने रोगी को विशेषज्ञ सुश्रुषा केंद्र में निर्दिष्ट किया है और विशेषज्ञ / सुश्रुषा केंद्र द्वारा निम्नलिखित दवाइयाँ लिखी गई हैं।

The patient has been referred by me to the specialist/Nursing home and the under mentioned medicines have been prescribed by the Specialist/Nursing home.

जो लागू न हो उसे काट दें / Delete whichever is not applicable

क्रमांक Sr. No.	दवा का नाम Name of the Medicines	मात्रा Quantity	कीमत Amount
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			

कुल रु / Total Rs. _____

3. रोगी _____ से पीड़ित है/था और मेरे इलाज में _____ से तक है/था।

The Patient is/was suffering from _____ and is / was under my treatment from _____ to _____

स्थान / Station :

अधिकृत चिकित्सा अधिकारी

दिनांक / Date :

चिकित्साधिकारी सैक के हस्ताक्षर (मोहर सहित)

Signature of the Authorized Medical Officer/Medical Officer SAC, (with Seal)

नोट - यदि प्रमाणपत्र 1, 2 चिकित्साधिकारी / अधिकृत चिकित्साधिकारी द्वारा पूर्ण न किया गया हो तो यह फार्म अमान्य होगा।

Note : Certificate at 1, 2 is not completed by MO/AMO the form becomes inadmissible.

केवल लेखा-प्रभाग के प्रयोग के लिए

नामे

FOR ACCOUNTS USE ONLY

Debit to

मुख्य शीर्ष 3402

Major Head 3402

एएनसीएल सी-3 (2) (1) (14)

ANCL-C-3 (2) (1) (14)

प्रभाग कोड / DIV CODE

अन्य व्यय / Other Charges 69-102

CATR 2

Objhead 11

प्रभाग कोड / EXP. CODE

01-08 Medical

रु. _____

(रुपए _____) अदा करें।

Pay Rs. _____

(Rupees _____).

सहायक लेखाधिकारी

Asst. Accounts Officer