

**भारत सरकार/Government of India**  
**अंतरिक्ष विभाग/ Department of space**  
**अंतरिक्ष उपयोग केंद्र /Space Applications Center**  
**अंशदायी स्वास्थ्य सेवा योजना**  
**Contributory Health Service Scheme**  
**अहमदाबाद/Ahmedabad- 380 015**

सीएचएसएस डिस्पेंसरी बंद रहने पर आपातकालीन स्थिति में, जब चिकित्सा सहायता/इलाज पर रिपोर्ट एवं प्रतिपूर्ति दावा

**REPORT CUM/REIMBURSEMENT CLAIM ON THE MEDICAL ASSISTANCE/ TREATMENT IN CASE OF EMERGENCY WHEN CHSS DISPENSARIY REMAIN CLOSED**

प्रत्येक रोगी के लिए अलग -अलग फार्म प्रयोग करना चाहिए  
 SEPARATE FORM SHOULD BE USED FOR EACH PATIENT

1.	सरकारी कर्मचारी का नाम एवं पदनाम Name & Designation of Govt. servant	:	क्षेत्र /Area : _____
2.	हिताधिकारी का अंशदायी स्वास्थ्य सेवा योजना पंजीकरण कार्ड संख्या Contributory Health Service Scheme Registration Card No. of the beneficiary	:	प्रभाग /Division : _____ वेतन रु./Pay Rs. : _____
3.	अ.चि.अ/डिस्पेंसरी का नाम जहाँ पंजीकरण किया गया है Name of AMO /Dispensary where registered	:	वेतन अनुक्रमांक सं. /P.R. No : _____ टेलीफोन सं.Tel No. : _____
	अ.चि.अ/डिस्पेंसरी का समय Timing of dispensary of AMO/Dispensary	:	
4.	वास्तविक निवास का पता Actual Residential Address	:	
5.	रोगी का नाम और उसका सरकारी कर्मचारी से संबंध (बच्चों के मामले में उनकी उम्र लिखें) Name of the patient and his/ her Relationship to the Govt, Servant (In case child state age)	:	
6.	आपातकालीन चिकित्सा EMERGENCY TREATMENT	:	
	भारतीय चिकित्सा परिषद अधिनियम 1956 के आधीन डॉक्टर का नाम, पता व पंजीकरण संख्या Name of the Doctor, Address &Reg No under the Indian Medical Council Act 1956.	:	
	परामर्श की तिथि एवं समय Date & Time of Consultation	:	

7.	अस्पताल में भर्ती HOSPITALISATION	:	
1	नर्सिंग होम/सरकारी अस्पताल/ सरकार द्वारा मान्यता प्राप्त अस्पताल में भर्ती होने की तिथि Date of Admission in Nursing home/ Govt. Hospital/Govt. Recognised Hospital	:	
2	भर्ती रहने की अवधि Period of stay	:	_____ से _____ तक From _____ To _____
8.	बाज़ार से खरीदी गई दवाईयों की कीमत, यदि कोई हो (नकद रसीदें संलग्न करें) Cost of Medicines, if any purchased From the market (Cash Memos should be Attached)	:	
9.	चिकित्सक को भुगतान की गई राशि Amount paid to Medical practitioner		
10.	दावे की राशि Amount Claimed		
11.	अनुलग्नकों की सूची List of enclosures		
12.	आपातकालीन उपचार का औचित्य Justification of Emergency Treatment		

**सरकारी कर्मचारी द्वारा हस्ताक्षरित घोषणा  
DECLARATION TO BE SIGNED BY THE GOVERNMENT SERVANT**

मैं एतद्वारा घोषणा करता /करती हूँ कि इस आवेदन पत्र में दी गई सूचनाएं मेरे ज्ञान और विश्वास से सही हैं और जिस व्यक्ति के लिए चिकित्सा 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 dependent upon me.

स्थान/Station \_\_\_\_\_

दिनांक/ DATE \_\_\_\_\_

सरकारी कर्मचारी के हस्ताक्षर SIGN. OF THE GOVT. SERVANT

प्रमाणित किया जाता है कि श्री.....अंस्वासेयो सं. .... ने मुझे दिनांक ..... को सूचित किया कि उन्होंने डॉ. ....से आपातकालीन स्थिति में चिकित्सा प्राप्त की और उस समय मेरी डिस्पेंसरी बंद थी ।

I certify that I was informed on ..... that Shri ..... having CHSS Registration No. .... has taken treatment from Dr. .... On account of Emergency and at that time my dispensary was closed .

भारतीय चिकित्सा परिषद अधिनियम -1956

के अंतर्गत पंजीकृत चिकित्सक द्वारा भरा जाए

To be completed by Doctor, Registered

Under the Indian Medical Council Act, 1956

(चिकित्सा अधिकारी के हस्ताक्षर)

सैक/पीआरएल /अ.चि.अ

(Signature of medical officer)

SAC /PRL/AMO

### विभाग के चिकित्सा अधिकारी द्वारा दिया जाने वाला प्रमाणपत्र

#### Certificate to be given by Department's Medical officer

(1) प्रमाणित किया जाता है कि डॉ./श्री/श्रीमती/कु.....की पत्नी/पति/पुत्र पुत्री/पिता/माता, अंस्वासेयो पंजीकरण कार्ड सं.....को दिनांक ..... को पूर्वाहन./अपराहन..... बजे तत्काल चिकित्सा सहायता की आवश्यकता थी ।

Certified that wife/ husband/ daughter/father/mother of Dr./Shri/Smt/Kum ..... CHSS Registration identity Card No .....

Required immediate medical assistance on ..... at time a.m./p.m.

(2) यदि रोगी द्वारा तत्काल चिकित्सा न ली गई होती तो चिकित्सा एवं परिचर्चा की दृष्टि से रोगी के स्वास्थ्य पर पड़ने वाले प्रभाव गंभीर या जोखिमपूर्ण अथवा विकृतिपूर्ण होते ।

If immediate medical aid sought was not given, there would have been on the basis of the medical and attendant considerations a Serious, danger of hazard or severe or deleterious consequence to the health of the patient would have occurred.

(3) चिकित्सा की दृष्टि से दावे में बताई गई मदें आवश्यक थीं तथा इस हेतु लिए गए पर्भार वाजिब हैं/नहीं हैं अतः रु..... भुगतान के लिए पास किया जाए ।

The items included in the claims where medically necessary and charges/ price charged for same are reasonable/ not reasonable and hence Rs..... may be passed for payment

(4) जो लागू न हो उसे काट दें ।

strike of which is not applicable.

चिकित्सा अधिकारी के हस्ताक्षर/ Signature of medical officer

रु..... भुगतान के लिए पास किए

गए।

Passed for payment of

Rs..... Only

प्रशासन अधिकारी/ Admin. Officer

### प्रमाणपत्र CERTIFICATE

मैं डॉ.....एतद्वारा प्रमाणित करता हूँ कि डॉ./श्री/श्रीमती..... पर आश्रित उनकी पत्नी/पुत्र/पुत्री/पिता/माता, अंस्वासेयो पंजीकरण पहचान पत्र ,.....के धारक मेरी चिकित्सा में.....से हैं तथा उन्हें मेरे द्वारा चिकित्सा सहायता दी गई । निम्नलिखित दवाइयाँ रोगी के स्वास्थ्य लाभ/ स्वास्थ्य में आई गंभीर गिरावट की रोकथाम के लिए अत्यावश्यक थीं ।

I Dr ..... hereby certify that wife/son/Daughter/father/Mother of Dr/Shri /smt/,.....Holder of CHSS Registration identity card no. .... has been under my treatment for ..... and she /he required immediate medical assistance from me the undermentioned medicines presented by me in this connection were essential for the recovery/ prevention of senous deterioration in the condition of the patient .

दवा का नाम गई	मात्रा/Qty	राशि /Amount	डिस्पेंसरी से दी गई या बाजार से खरीदी गई
Name of medicines		रु Rs.      पैसे Ps	Whether issued from Dispensary or Purchase from outside

मैंने रु.....चिकित्सा प्रभार के रूप में तथा डिस्पेंसरी से दी गई दवा के लिए .....रु. लिए है । मेरे नुस्खे के अनुसार उन्होंने.....रु. की दवाईयां बाजार से खरीदी है तथा मैंने केमिस्ट के कैशमेमो पर हस्ताक्षर किए हैं ।

I have charged Rs..... for the medical assistance and Rs ..... For supplying above medicines from my dispensary. As per my prescription he/she has purchased medicines of Rs ..... From the market and I have signed the cash memo of chemist.

स्थान Station \_\_\_\_\_

डॉ. के हस्ताक्षर तथा पंजीकरण सं.....  
Signature of the Doctor and Registration No. ....

दिनांक Date \_\_\_\_\_