



संस्थान चिकित्सालय
भारतीय प्रौद्योगिकी संस्थान रुड़की

(चिकित्सा उपचार पर हुए व्यय की प्रतिपूर्ति हेतु आवेदन पत्र)

1. भारतीय प्रौद्योगिकी संस्थान कर्मचारी का नाम व पद
(Name & Designation of IIT Roorkee Employee) :
2. कर्मचारी संख्या / Employee No. :
3. चिकित्सा पुस्तिका संख्या / Medical Booklet No. :
4. विभाग/कार्यालय का नाम/ Name of Deptt./Office/Centre :
5. बैंक खाता संख्या / Bank Account No. :
6. मासिक वेतन / Monthly salary (Gross Salary) :
7. (अ) रोगी का नाम और आयु / Name of patient & age: :
(ब) कर्मचारी से संबंध / Relation with patient :
8. प्रतिपूर्ति हेतु धनराशि / Amount claimed :
(अ) अग्रिम राशि यदि कोई है / Advance if any :
(ब) दावे हेतु धनराशि / Total claim for reimbursement :
9. संलग्न वाउचरों की संख्या / No. of vouchers enclosed :

मैं एतद द्वारा घोषणा करता हूँ /करती हूँ कि इस आवेदन पत्र में दिये गये बयान मेरे विस्वास और ज्ञान के आधार पर सत्य हैं और कि व्यक्ति जिसके निमित्त डाक्टरी व्यय किया गया वे मेरे ऊपर पूर्णतः आश्रित हैं तथा व्यक्ति की आय का कोई स्रोत नहीं है और न ही उक्त व्यक्ति मेरे सिवाय किसी अन्य पर आश्रित हैं।

दिनांक / Date:

कर्मचारी के हस्ताक्षर / Signature of employee

संस्थान चिकित्सालय
भारतीय प्रौद्योगिकी संस्थान रुड़की

(चिकित्सा उपचार पर हुए व्यय की प्रतिपूर्ति हेतु आवेदन पत्र)

प्रमाणित किया जाता है कि श्री / डा./ श्रीमती / कुमारी/

(Certified that Shri / Dr./Smt/ Km/

पुत्र / पुत्री / माता / भाई / बहन /श्री / डा./ श्रीमती / कुमारी/ ने चिकित्सालय

(Son/Daughter/Mother/Brother/Sister/Shri/Dr/Smt/Km)

मेने चिकित्सक से उपचार प्राप्त किया जिसकी अनुमति (date of approval) उन्हें दिनांक.....

को देदी |

1. उक्त रोगी के लिए जो दवाओं निर्धारित की गई वे उक्त रोगी की गम्भीर स्थिति में सुधार के लिये आवश्यक हैं। उन दवाईयों के वाउचर संलग्न हैं।
2. प्रस्तावित औषधियाँ चिकित्सालय के भंडार में उपलब्ध नहीं थीं इनमें वे औषधियाँ भी समलित नहीं हैं जिनके समकक्ष और उनसे प्रभाव वाली औषधियाँ भंडार में उपलब्ध हों। इनमें वे औषधियाँ भी समलित नहीं हैं। जो भोजन, सौंदर्य प्रसाधन या कीटनाशक औषधियों की सूची में आती हों। इन्हें क्रय करने की अनुमति दे दी थी/ ये उपचार के स्थान पर क्रय की गई हैं।
3. मुख्य चिकित्सा अधिकारी / चिकित्सा अधिकारी द्वारा जांच किए वाउचरों का विवरण उपरोक्त रुपये के वाउचर सत्यापित किये जाते हैं।

मुख्य चिकित्सा अधिकारी / चिकित्सा अधिकारी
Chief Medical Officer / Medical Officer

मुख्य चिकित्सा अधिकारी एवं कुलशासक वित्त एवं योजना के कार्यालय द्वारा प्रयोग हेतु

श्री / डा
को चिकित्सा व्यय प्रतिपूर्ति के निमित्त रुपये
शब्दों में रुपये)
का भुगतान किया जाता है और कुलशासक वित्त एवं योजना को आगे कार्यवाही हेतु प्रेषित किया जाता है।

मुख्य चिकित्सा अधिकारी / चिकित्सा अधिकारी
Chief Medical Officer / Medical Officer

Grant Code No.	: MHR 02-20-212-402
Amount Allocated	:
Expenditure including	
This Bill	:
Balance	:

Affix Revenue Stamp if claim is Rs. 5000/-
--

फॉर्म जमा कराते समय निम्नलिखित बातों का ध्यान दें:

(निम्नलिखित की अनुपस्थिति में क्लेम अपूर्ण समझा जायेगा)

Please check the following before submitting the claim:

(The claim will be treated as incomplete in the absence of the following)

1. मरीज की वैद्य चिकित्सा पुस्तिका के फोटो सहित प्रथम पृष्ठ की फोटो कॉपी
Xerox copy of the first page of patient's medical booklet
2. चिकित्साधिकारी द्वारा बाहर दिखाने (रैफर) हेतु प्रदान की गई अनुमति सम्बन्धी पृष्ठ की
फोटोकॉपी जो अधिक से अधिक तीन माह के लिए ही मान्य है।
Xerox copy of the page where the patient is granted approval for outside reference which is valid upto three months only.
3. दवाओं के समस्त बिल, सम्बद्ध चिकित्सक द्वारा सत्यापित करवाकर लगाएं।
All the bills of Medicine and Tests duly verified by treating Physician be attached.
4. चिकित्सक का पर्चा लगाएं।
Attach the prescription of the treating Doctor.
5. रेडम्बुशर्मटक्लेम हेतु दिए गए समस्त पथोलोजी टेस्ट एवं ऐक्सरे इत्यादि की फोटो कॉपी लगायें।
Attach the photo copies of all the pathological tests and x-ray for which the claim is being made.
6. रु. 5000/- व उससे अधिक के क्लेम हेतु रसीदी टिकेट लगाएं।
Affix revenue stamp for claim of Rs.5000/- or more.
7. भुगतान हेतु बिल तीन माह की अवधि के अंदर अवश्य प्रस्तुत कर दें।
Submit your claim bill within the period of three months positively.