Form No 97 B Medical

चिकित्सा दावा आवेदन फार्म

FORM OF APPLICATION FOR MEDICAL CLAIMS

केंद्र सरकार कर्मचारी और उनके परिवार की चिकित्सा या देखरेख में खर्च किए गए चिकित्सा व्यय का दावा करने का आवेदन पत्र

Application for claiming refund of medical expenses incurred in connection with the medical attendance and /or treatment of Govt. Servants and their families.

1	सरकारी कर्मचारी का नाम पदनाम एवं कर्मचारी कोड Name Designation and Employee code of the Govt. Servant (साफ अक्षरों में /in block letters)	:	
2	वेतन मान Basic Pay	:	
3	वास्तविक निवास स्थान Actual residential address	:	
4	रोगी का नाम और सरकारी कर्मचारी के साथ उनका संबन्ध बच्चों के मामले में आयु बतायें Name of the patient his /her relation-ship with the Govt. servant (in case of children state age also)	:	
	स्थान जहाँ रोगी रोगाग्रस्त हुआ/Where the patient fell ill	:	
	दावा किए गए रकम का विवरण **DETAILS OF AMOUNT CLAIMED**	:	
1	चिकित्सा/**MEDICAL ATTENDENCE**		
(1)	परामर्श के लिए शुल्क निदिर्ष्ट करें Fees for consultation, indicating	:	
(a)	चिकित्सा अधिकारी का नाम एवं पदनाम और अस्पताल या दवाखाना जहाँ वे तैनात हैं। the name and Designation of the Medical Officer consulted and the Hospital or Dispensary to which attached	:	
(b)	किए गए परामर्श की संख्या और तारीख तथा प्रत्येक परामर्श के लिए अदा किया गया शुल्क। the number and dates of consultation and the fee paid for each consultation	:	
(c)	इंजेक्शनों की संख्या व तारीख और प्रत्येक इंजेक्शनके लिए अदा किए गए शुल्क the number and dates of injection and the fee paid for each injection	:	
(d)	दवा परामर्श ओर इंजेक्शन अस्पताल में या चिकित्सा अधिकारी के परामर्श कक्ष मे किए गए /whether consultations and injections were had at the hospital or at the consulting room of the medical officer	:	
(ii)	रोग निर्णय के दौरान किए गए रोगविज्ञान संबन्धी, जीवाणु विज्ञान संबन्धी परीक्षण या अन्य परीक्षण निर्दिष्ठ करें / Charges for pathological, bacteriological, radiological, or other similar tests undertaken during the diagnosis indicating	:	
(a)	अस्पताल या परीक्षण शाला का नाम जहां परीक्षण किए गए the name of the hospital or laboratory where undertaken	:	
(b)	और क्या परीक्षर ए.एम. ए के सलाह पर किया गया था । यदि हां तो इस संबन्द में एक प्रमाण पत्र संलग्न करें। and whether the tests were undertaken on the advice of the authorised medical attendant. If so, a certificate to that effect should be attached	:	

(c)	बाजार से खरीदे गए दवाओं के मूल्य /Cost of medicines purchased :		
8	दावा की गई कुल रकम Total amount claimed	:	Rs
9	लिए गए अग्रिम घटाएँ Less advance taken on	:	Rs.
10	दावा किए गए रकम Net amount claimed	:	Rs.
	(1)		
	(2)		
	(3)		
	(4)		
	(5)		
	(6)		

सरकारी कर्मचारी द्वारा हस्ताक्षर किए जाने के लिए घोषणा
DECLARATION TO BE SIGNED BY THE GOVT.SERVANT

मैं एतद्द्वारा घोषणा करता/करती हूँ कि आवेदन पत्र में दिए गए सभी विवरण जहाँ तक मेरी जानकारी और विश्वास है सत्य है और जिसकी चिकित्सा पर खर्च किया है वह व्यक्ति पूर्णत: मुझ पर आश्रित है ।

I do hereby declare that the statements in the application are true to the best of my knowledge and belief and the person for whom medical expenses were incurred is wholly dependent upon me.

सरकारी अेधकारी का हस्ताक्षर और कार्यालय का नाम
Signature of the Govt servant and Office to which attached

स्थान Place:
तारीख Date :

:::-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:::