



वेबसाइट Website : www.cuh.ac.in

चिकित्सकीय खर्च प्रपत्र

(चिकित्सकीय परिचर्या अथवा इलाज खर्च की प्रतिपूर्ति हेतु)

Form of the application for claiming refund of Medical Expenses incurred in connection with Medical Attendance and or treatment of University employees and their families:

अवधि/Period: - Fromसे/To.....तक

प्रत्येक रोगी के लिए अलग फॉर्म का प्रयोग करें। N.B. - Separate form should be used for each patient.

1. कर्मचारी का नाम एवं पदनाम
Name and designation of the employee :
(in Block Letters)
(i) विवाहित/अविवाहित /Whether married or unmarried :
(ii) पति/पत्नी कहां कार्यरत है?
(यदि लागू हो तो) If married the place where wife/
Husband of the employee is employed :
(Where applicable)
(प्रत्येक वित्तीय वर्ष में पहले बिल के साथ पति पत्नी दोनों के द्वारा हस्ताक्षरित घोषणापत्र जमा करें।) In case employed a Joint declaration duly countersigned by the employed wife/husband may be furnished) at the time of first bill in each financial year.
2. वेतनमान एवं अन्य परिलब्धियां (अलग-अलग)
Pay of the employee, and other emoluments,
which should be shown separately :
3. आवासीय पता / Residential Address:
4. रोगी का नाम एवं कर्मचारी के साथ संबंध
(बच्चा हो तो उम्र भी लिखें)
Name of the patient and his/her relationship to the employee:
N.B. – In the case of children state age also.
5. कहां बीमार हुआ? Place at which the patient fell ill:
6. अभीष्ट राशि का विवरण / Details of the amount claimed:
चिकित्सकीय परिचर्या / MEDICAL ATTENDANCE:
i) चिकित्सक की फीस Fees for consultation, including
(a) चिकित्सा पदाधिकारी का नाम, योग्यता, पदनाम,
अस्पताल या दवाखाना का नाम / the name,
qualification and designation :
of the medical officer consulted and the
hospital or dispensary to which attached.
(b) चिकित्सकीय सलाह की तिथियां एवं संख्या
फीस के साथ / the number and dated of
consultations and the fee paid for each
consultation.
(c) लगाई गई सूइयों की संख्या, दिनांक, एवं फीस

injections the number and dated of injections and :
the fee paid for each injection.

(d) सलाह/सूझयां अस्पताल/सलाह कक्ष में लगाई गई या रोगी के आवास पर whether consultations and/or injections : were had at the hospital at the consulting room of the medical officer or at the residence of the patient.

ii) बाजार से खरीदी गई दवाइयों की लागत

Costs of medicines, purchase from the market :

(दवाइयों की सूची, रसीद एवं अन्य प्रमाण पत्र अवश्य संलग्न करें)

(List of medicines, cash memos, and the essential certificates should be attached)

7 कुल अभीष्ट राशि/Total amount claimed :

8 संलग्नकों की सूची / List of enclosures :-

1.
2.
3.
4.
5.

विश्वविद्यालय के कर्मचारी की घोषणा / Declaration to be signed by the University Employee:

(1) मैं एतद् द्वारा घोषणा करता/करती हूँ कि इस आवेदन में दी गई सूचनाएं मेरी जानकारी एवं विश्वास के अनुसार सत्य हैं, और जिसपर चिकित्सकीय खर्च किया गया है, वे पूर्णतया मुझ पर निर्भर हैं। 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.

(2) मैं यह भी प्रमाणित करता/करती हूँ कि मेरे आवास के 3 किमी के दायरे में कोई सरकारी सहकारी स्टोर/दवाखाना नहीं है। also certify that there is no co-operative store/medical store run by government or Super Bazaar within the radius or 3 k.m. from my residence.

बिल रसीद के साथ है। / BILL IS PRE-RECEIPTED.

(कर्मचारी का हस्ताक्षर / Signature of employees)

दिनांक / Date.....

प्रमाणित किया जाता है कि आवश्यक पंजियों में दर्ज कर लिया गया है। चिकित्सकीय पंजी के पृष्ठ संख्या.. के क्रमांक.....पर दर्ज है / Certified that necessary entries have been made in record. Entered in the medical Register on page No._____Sr. No._____

कार्य सहायक/Dealing Assistant

(लेखा अनुभाग द्वारा भरा जाएगा / To be filled in by the Accounts Section)

राशि का बिल पारित/Bill passed for Rs.....

चेक संख्या /Paid vide Cheque No. दिनांक/dated.....

चिकित्सा अधिकारी अनुभाग अधिकारी(वित्त) सलाहकार (आंतरिक लेखा परीक्षक) वित्त अधिकारी कुलसचिव
Medical officer S.O. (Finance) Consultant (IA) Finance Officer Registrar