

ईस्टर्न कोलफील्ड्स लिमिटेड

(कोल इंडिया लिमिटेड का एक अंग)



Eastern Coalfields Limited

(A Subsidiary of coal India Ltd)

एवं को डॉक्टर/अस्पताल के अंतिम बिल के छ मास के भीतर निश्चित रूप से जमा कर दिया जाय।
The claim to be submitted invariably within six month of the last Doctors/ Hospital Bills

चिकित्सा खर्च का प्रतिपूर्ति के लिए आवेदन

Application for reimbursement of Medical Expenses for Treatment

अलग रोगी एवं अलग चिकित्सा के लिए अलग-अलग फार्म का व्यवहार करें।
(Separate form should be used for each patient and for each spell of treatment)

1. कर्मचारी का नाम Name of the Employee
2. कर्मचारी के पदनाम Designation of the employee
3. कर्मचारी संख्या Staff/ UM No. 4. विभाग Department
5. रोगी का नाम Name of the patient 6. संबंध Relationship
7. अस्वस्थता की जगह Place of illness
8. चिकित्सक का नाम एवं पता Attending Doctor's Name & Address
9. रजिस्ट्रेशन संख्या Registration No.
10. चिकित्सा की अवधि Period of Treatment from: से तक To
11. चिकित्सा की जगह : औषधालय/अस्पताल/चि० का प्रकोष्ठ/रोगी का निवास/आवास
Place of treatment: Dispensary/ Hospital/ Doctor's Chamber/ Patient's residence
1. देखने की फीस Consultation Fee Rs. ₹.
2. सुई लेने का फीस Injection Fee: Rs. ₹.
3. एक्स रे की फीस Radiological Test: Rs. ₹.
4. पैथोलॉजिकल जांच Pathological Test: Rs. ₹.
5. दवा का खर्च, रसीद के साथ Cost of Medicine with Cash Memos Rs. ₹.
6. अस्पताल में रहने एवं विशेष सेवा का खर्च Accomodation and special nursing Charges in Hospital: Rs. ₹.
- ₹. Rs. प्रतिदिन Per day ₹. Rs.
7. अन्य खर्च (यदि हो तो) Other Items, if any ₹. Rs.
8. कुल Total ₹. Rs.

मैं यह घोषणा करता हूँ कि इस आवेदन में भरी गई सभी सूचनाएँ सही हैं एवं मेरे परिवार के जिस व्यक्ति के लिए चिकित्सा में खर्च की गयी है वह मेरे ऊपर आश्रित है एवं मेरे जानकारी एवं विश्वास के अनुसार वह चिकित्सा नियम के अनुसार चिकित्सा खर्च जाने के योग्य है।

I hereby declare that the Statements in this application are true and that the family member for who, medical expenses were incurred is dependent upon me and to the best of knowledge and belief, is entitled to get reimbursement of medical expenses under the Medical Attendance Rules

नियंत्रक अधिकारी का हस्ताक्षर पदनाम सहित
Sign. of the Controlling officer with designation

मुख्य चिकित्सक अधिकारी
Chief Medical Officer

कर्मचारी का हस्ताक्षर
Sign. of the employee

अलग-अलग: पर्चा, प्रति, रसीद इत्यादि Encl. Prescription, Receipts, Cash Memos Etc.

दिनांक Date.....

स्वीकृत राशि ₹.
Amount Admitted Rs.

लेखा अधिकारी (संस्थान)
Accounts Officer (Estb.)

बिल संख्या
Bill No.

मुद्ध राशि पार
Net Amount passed.....

इकाई
Unit.....

मुख्य अधिकारी
Major Hd.

उप-मुख्य अधिकारी
Sub. Major Hd.

विवृत अधिकारी
Detailed Hd.

राशि
Amount

मुख्य लेखा अधिकारी

अधीनस्थ Supcl.

लेखा अधिकारी Accounts Officer