



सीएसआईआर - केंद्रीय विद्युतरसायन अनुसंधान संस्थान  
CSIR-CENTRAL ELECTROCHEMICAL RESEARCH INSTITUTE  
कारैकुडी/KARAIKUDI – 630 006

\*\*\*\*\*

सरकारी कर्मचारी/पेंशनभोगी/पेंशनभोगी-परिवारों तथा उनके आश्रितों की चिकित्सा परिचर्या तथा/अथवा उनके चिकित्सा उपचार में हुए खर्च की प्रतिपूर्ति हेतु आवेदन पत्र

Form of Application for claiming medical expenses incurred in connection with medical attendance and/or treatment of Council Servant/Pensioners/Family Pensioners and their dependents

1. i) परिषद कर्मचारी का नाम, पदनाम तथा प.सं.  
Name, Designation and I.D. No. of the Council Servant :
- ii) पेंशनभोगी/पेंशनभोगी-परिवार का नाम एवं पीपीओ नं.  
Name and PPO No. of the Pensioner/  
Family Pensioner :
- iii) चिकित्सा पहचान पत्र की वैधता  
Validity of Medical Card :
2. i) विवाहित या अविवाहित/Whether married or unmarried? :
- ii) यदि हाँ तो पति/पत्नी का कार्यालय  
If yes, office in which Wife/Husband is employed :
3. मूल वेतन/मूल पेंशन + ग्रेड वेतन  
Basic Pay / Basic Pension + Grade Pay :
4. वास्तविक आवासीय पता  
Actual residential Address :
5. मरीज का नाम व परिषद कर्मचारी/पेंशनभोगी के साथ उसके सम्बंध  
Name of the patient and his/her relationship with the Council Servant/Pensioner :  
(N.B.: बच्चों के मामले में आयु का उल्लेख भी करें  
In case of children state age also)
6. अस्पताल का नाम व पता  
Name of the Hospital with Address :
  - i) ओपीडी उपचार व जाँच/OPD treatment and investigation :
  - ii) आंतरिक उपचार/Indoor treatment :
7. i) प्रवेश की तिथि/Date of admission :
- ii) अस्पताल से छुट्टी की तिथि/Date of Discharge :  
(केवल आंतरिक उपचार की स्थिति में  
In case of indoor treatment only)

8. दावे की कुल राशि/Total amount claimed :
- i) ओपीडी उपचार/OPD treatment : ₹./Rs.
- ii) आंतरिक उपचार/Indoor treatment : ₹./Rs.
9. अभिनिर्देशन - विवरण/Details of Referral :
10. चिकित्सा-अग्रिम, यदि हो/Details of medical advance, if any :
11. दावे की निवल राशि/Net amount claimed :
12. संलग्नक - सूची/List of enclosures :

### **घोषणा/DECLARATION**

मैं एतद्वारा घोषित करता/करती हूँ कि मेरी जानकारी के अनुसार आवेदन में उल्लिखित विवरण पूर्णतः सत्य है, और व्यक्ति जिसके सम्बंध में चिकित्सा - व्यय किया गया है, पूरी तरह से मुझ पर आश्रित है। मैं, चिकित्सा-व्यय की नियमानुसार प्रतिपूर्ति स्वीकार करता/करती हूँ।

I hereby declare that the statements made in the application are true to the best of my knowledge and belief and that the person for whom medical expenses were incurred is wholly dependent on me. I agree for the reimbursement as is admissible under the rules.

**दि./Date:**

**दावेदार के हस्ताक्षर/Signature of Claimant**

**नोट:** चिकित्सा सुविधाओं का दुरुपयोग करना दांडिक अपराध है। जानबूझकर तथ्यों को छिपाने या गलत विवरण प्रस्तुत करने पर यथोचित कार्रवाई की जाएगी।/ सेवारत कर्मचारी के मामले में यथोचित अनुशासनिक कार्रवाई की जाएगी।

**Note:** Misuse of medical facilities is a criminal offence. Suitable action shall be taken in case of willful suppression of facts or submission of false statements. Suitable disciplinary action shall be taken in case of serving employees.

### **सूचना/INFORMATION:**

- (क) प्रत्येक मरीज के लिए अलग प्रपत्रों का प्रयोग किया जाएगा।
- (ख) दावे के साथ चिकित्सा के नुस्खे, निदान रिपोर्ट, नकद पर्ची और चिकित्सा पहचान पत्र की प्रति संलग्न की जानी चाहिए।
- (ग) अस्पताल से जाँच सम्बंधी पूर्ण विवरण प्राप्त करें(प्रत्येक परीक्षण दर तथा मधुमेह - परीक्षण, एक्स-रे फिल्म आदि की निश्चित/ठीक संख्या)चूँकि अनुमोदित/स्वीकृत - दरों के अनुसार ही प्रतिपूर्ति राशि का हिसाब किया जाएगा।
- (घ) आंतरिक उपचार की स्थिति में, दावे के साथ अस्पताल से प्राप्त छुट्टी - सारांश(डिस्चार्ज सम्मरी) की प्रति संलग्न की जानी है।
- (a) Separate forms shall be used for each patient
- (b) Prescription, diagnostic report, cash memos and copy of medical I.D. card should be submitted along with the claim
- (c) Obtain break-up of investigation from the hospital (details and rates of individual tests and the exact number of sugar tests, x-ray films etc.) as the reimbursable amount is calculated as per approved rates only
- (d) In the case of indoor treatment, copy of discharge summary is to be submitted with the claim