



# मौलाना आज़ाद राष्ट्रीय प्रौद्योगिकी संस्थान भोपाल-462003

(शिक्षा मंत्रालय, भारत सरकार के अधीन राष्ट्रीय महत्व का संस्थान)

**Maulana Azad National Institute of Technology Bhopal- 462003**

(An Institute of National importance under Ministry of Education, Govt. of India)

<b>चिकित्सा दावा प्रपत्र</b>		कर्मचारी कोड			
		पद एवं विभाग			
		मोबाइल नंबर			
कर्मचारी का नाम		बैंक खाता नंबर			
मरीज़ का नाम और कर्मचारी के साथ संबंध		मूल वेतन			
पता		मरीज़ के पुत्र/पुत्री होने की अवस्था में			
		जन्मतिथि		वैवाहिक स्थिति	
मरीज़ का व्यवसाय		जन्म के क्रम में संख्या			
मरीज़ की मासिक आय		बच्चों की कुल संख्या			
बीमारी का प्रकार		चिकित्सक का नाम			
बीमारी की अवधि		अस्पताल/डिस्पेंसरी का नाम			
कर्मचारी का सत्यापन					
मैं एतद् द्वारा घोषणा करता/करती हूँ कि इस आवेदन में दिए गए कथन मेरी जानकारी और विश्वास के अनुसार सत्य हैं। मैं, यह भी घोषणा करता/करती हूँ कि जिस व्यक्ति पर चिकित्सा व्यय किया गया है वह पूर्णतः मुझ पर निर्भर है।					
दिनांक:-				हस्ताक्षर	
दावा की गई राशि का विवरण					
<b>अ०-परामर्श एवं इंजेक्शन शुल्क</b>					
		मात्रा	विभिन्न तिथियां	राशि	
1.	परामर्श				
2.	इंजेक्शन				
<b>ब०- एक्स-रे, प्रयोगशाला और अस्पताल शुल्क</b>					
	प्रयोगशाला/अस्पताल का नाम	कैश मेमो		जाँच का नाम	राशि
		नंबर	दिनांक		

**स०- दवाइयाँ और सर्जिकल की जानकारी**

स. क्र.	दवाइयाँ / सर्जिकल की दुकान का नाम	कैश मेमो		दवाइयाँ/ सर्जिकल का नाम	राशि
		नंबर	दिनांक		

**कर्मचारी द्वारा किया गया दावा**

कुल दावा रूपये में (अ०+ब०+स०)		रूपये शब्दों में	
अग्रिम स्वीकृत राशि रूपये में		स्वीकृति की दिनांक	
प्रतिदाय (रिफंड) रूपये में		प्रतिदाय (रिफंड) की दिनांक	

**डॉक्टर/अस्पताल द्वारा प्रमाण पत्र**

प्रमाणित किया जाता है कि फॉर्म में उल्लिखित मरीज़ इनडोर/आउटडोर रोगी के रूप में मेरे उपचाराधीन था/थी। ऊपर बताई गई दवाएं, सर्जिकल और जांचें मरीज के इलाज के लिए आवश्यक थी।

**दिनांक:-**

**हस्ताक्षर**

**केवल संस्थान के उपयोग हेतु**

डिसपेंसरी	लेखा शाखा		
प्रमाणित किया जाता है कि मरीज का मेरी सलाह पर इनडोर/आउटडोर उपचार किया गया है, जिस पर रोगी की रिकवरी/रोकथाम के लिये रूपये ..... का व्यय आवश्यक था।	कैश मेमो और रसीदों की जांच और सत्यापन कर लिया गया है। समायोजन/भुगतान हेतु रूपये का बिल पारित किया जाता है।		
चिकित्सक के हस्ताक्षर	द्वारा जांचा गया	द्वारा सत्यापित	सहा/उप-कुलसचिव

**नोट:-**

1. प्रारूप में सभी अपेक्षित जानकारी भरना अनिवार्य है।
2. प्रत्येक मरीज के लिए अलग फॉर्म का उपयोग किया जाना चाहिए।
3. दवाइयों की सूची, कैश मेमो को अनिवार्यतः क्रमवार संलग्न किया जाये।



*Maulana Azad*  
**NATIONAL INSTITUTE OF TECHNOLOGY**  
BHOPAL-462 003

**MEDICAL CLAIM  
FORM**

		Employee Code			
		Designation			
Employee Name				Department & Mobile No.	
Residential Address		SBI Bank A/c No			
		Basic Pay			
Patient's Name & Relationship With the employee		In case Patient is a child			
		Date of birth		Marital Status	
Patient's Occupation				Number in order of birth	
Monthly income of Patient (All sources)				Total Number of children	
Nature of illness			Name of Medical officer		
Duration of illness			Hospital/ Dispensary		
<b>Declaration of the employee</b>					
I hereby declare that the statements in this application are true to the best of my knowledge and belief. I, further declare that the person on whom medical expenditure were incurred is wholly dependant upon me.					
Date					Signature
<b>Details of Amount claimed</b>					
<b>a: Consultation Fees &amp; Injection charges</b>					
		Quantity	Different dates		Amount
1	Consultation				
2	Injection				
<b>b: X-ray, Laboratory &amp; hospital charges</b>					
	Lab/Hospital Name	Cash Memo		Name of Investigation	Amount
		No	Date		

c: Medicines & Surgicals						
	Name of Medical /Surgical Stores	Cash Memo		Name of Medicines/Surgicals	Amount	
		No	Date			

Total Claim Rupees (a + b + c)		Rupees in Words	
Advance Sanctioned Rupees		Date of Sanction	
Refund amount Rupees		Date of Refund	

Certified that the patient mentioned at form had been under my treatment as indoor/outdoor patient and the above mentioned medicines ,Surgicals & investigations had been prescribed were absolutely essential for the treatment of the patient

Signature of Doctor with seal

For Institute Use			
Dispensary	Accounts Section		
Certified that the patient has been under taken indoor/outdoor treatment on my advice for which an expenditure of Rs _____ was essential for recovery /prevention of the patient.	Cash memos & receipts have been checked and verified. Bill Passed for Rupees _____ for adjustment/Payment		
	Institute Doctor	Checked by	Verified by

1	It is mandatory to fill all the requisite information in the format.
2	Separate form should be used for each patient.
3	List of medicines cash memos and essentially certificate should be attached sequentially.
4	If any alteration needed in the format must be brought to the notice of H Vaidya for necessary action.