



भारतीय प्रौद्योगिकी संस्थान भुवनेश्वर
INDIAN INSTITUTE OF TECHNOLOGY BHUBANESWAR

इनडोर क्लेम प्रपत्र

चिकित्सा व्यय के प्रतिपूर्ति का दावा करने के लिए आवेदन जो संस्थान के कर्मचारियों और उनके आश्रित परिवार के सदस्यों के चिकित्सा ध्यान और/या उपचार के संबंध में किए गए हैं।

[अलग करें प्रत्येक रोगी के लिए एक प्रपत्र का उपयोग किया जाना चाहिए।]

कर्मचारी विवरण

नाम: _____ (कर्मचारी कोड) _____

पद: _____

विभाग / केंद्र / विद्यालय / अनुभाग: _____

मूल वेतन: _____

संपर्क संख्या: _____

मरीज विवरण

नाम: _____

उम्र: _____

संबंध कर्मचारी के लिए: _____

दावा की गई राशि का विवरण

क)	आवास शुल्क	रु.
ब)	ऑपरेशन/परामर्श के लिए शुल्क	रु.
क)	रोगोपचार, सूक्ष्मजीव विज्ञान, विकिरण या अन्य समान परीक्षणों के लिए शुल्क/उपचार कर रहे चिकित्सक के परामर्श के अनुसार	रु.
द)	बाजार से खरीदी गई दवाओं की लागत	रु..
ए)	कोई अन्य शुल्क	रु.
फ)	यदि कोई अग्रिम राशि ली गई हो	रु.
	दावा की गई कुल राशि (ए+बी+सी+डी+ई+एफ) (शब्दों में: _____)	रु.

संलग्नक

1. उपरोक्त ए, बी, सी, डी, ई वर्गों (जैसा लागू हो) से संबंधित स्वप्रमाणित पर्चों की प्रति।
2. उपरोक्त ए, बी, सी, डी, ई वर्गों (जैसा लागू हो) से संबंधित स्वप्रमाणित मूल नकद मेमो/रसीद।
3. डिस्चार्ज प्रमाणपत्र।
4. उपचार करने वाले चिकित्सक से आवश्यक प्रमाण पत्र (संलग्न प्रारूप के अनुसार)।

मैं प्रमाणित करता/करती हूँ यह मरीज, जिसके लिए दावा है बनाया गया है स्वयं मेरे परिवार का आश्रित सदस्य. मैं यह भी प्रमाणित करता हूँ कि दावा यह असली है और यह बिलदावा नहीं किया गया है।

हस्ताक्षर कर्मचारी का तिथि के साथ



भारतीय प्रौद्योगिकी संस्थान भुवनेश्वर
INDIAN INSTITUTE OF TECHNOLOGY BHUBANESWAR
इनडोर क्लेम प्रपत्र

<u>संजिवन स्वास्थ्य केंद्र में उपयोग के लिए</u>	(प्राप्ति तिथि मुहर))
---	-----------------------

दावा की गई राशि: रु. _____

कटौती की गई राशि: रु. _____

(कारण _____)

देय कुल राशि: रु.. _____

(अक्षरों में): रु. मात्र)

निर्भरता की पुष्टि की गई है। पर्चा तथा नकद मेमो/रसीदें सुव्यवस्थित एवं नियम अनुसार पाई गई हैं।

हस्ताक्षर दिनांक के साथ
सहायक कर्मचारी

हस्ताक्षरित और प्रमाणित किया गया कि दावा मैं) यह विषय पर नियमों और आदेशों द्वारा कवर किया गया है।

ii) अनुशंसित किया गया है।

अतिरिक्त टिप्पणीयाँ (यदि कोई हों): _____

हस्ताक्षर दिनांक के साथ
(एमओ)

हस्ताक्षर तारीख के साथ
(एसएमओ/सीएमओ /पीआईसी)

<u>खातों विभाग में उपयोग के लिए</u>	(प्राप्ति तिथि मुहर))
-------------------------------------	-----------------------

भुगतान के लिए पास रु. _____ (शब्दों में: रु.

..... मात्र)

हस्ताक्षरित और प्रमाणित कि:

i) दावा बिलों, रसीदों एवं अन्य प्रमाणपत्रों आदि द्वारा समर्थित है।

ii) दावाकर्ता द्वारा लिया गया अग्रिम रु. _____ है, जिसे इस दावे में यथोचित रूप से समायोजित किया गया है।

हस्ताक्षर एवं दिनांक
लेखाकार

आवश्यक प्रमाणपत्र

(उन रोगियों के मामले में पूर्ण किया जाना है जिन्हें उपचार हेतु अस्पताल में भर्ती किया गया है)

मैं, डॉ., यह प्रमाणित करता/करती हूँ कि –

क) रोगी को मेरी सलाह पर अस्पताल में भर्ती किया गया था, तथा

ख) रोगी का उपचार अस्पताल में किया गया है,
और इस संदर्भ में मेरे द्वारा लिखी गई दवाएँ (मेरे पर्चे के अनुसार) रोगी की स्थिति में सुधार / या गंभीर गिरावट को
रोकने हेतु आवश्यक थीं।

सील एवं हस्ताक्षर (तिथि सहित)
(उपचाररत चिकित्सक)
