



भारतीय प्रौद्योगिकी संस्थान भुवनेश्वर  
INDIAN INSTITUTE OF TECHNOLOGY BHUBANESWAR

**आउटडोर दावा प्रपत्र**

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

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

**कर्मचारी विवरण**

नाम: \_\_\_\_\_ (कर्मचारी कोड.) \_\_\_\_\_

पद: \_\_\_\_\_

विभाग / केंद्र / विद्यालय / अनुभाग: \_\_\_\_\_

मूल वेतन: \_\_\_\_\_

संपर्क नंबर: \_\_\_\_\_

**मरीज विवरण**

नाम: \_\_\_\_\_

उम्र: \_\_\_\_\_

संबंध कर्मचारी को: \_\_\_\_\_

**दावे की राशि का विवरण**

क)	परामर्श शुल्क	रु.
ब)	रोगसूचक, जीवाणुवैज्ञानिक, विकिरणवैज्ञानिक या इसी प्रकार के अन्य परीक्षणों के लिए शुल्क जो दौरान किए जाते हैं। निदान	रु.
क)	बाजार से खरीदे गए दवाओं की लागत.	रु.
द)	उधार अग्रिम यदि कोई हो	रु.
	दावा की गई कुल राशि (ए+बी+सी) - डी (शब्दों में: _____)	रु.

**संलग्नक**

- उपरोक्त ए, बी, सी श्रेणियों (जहाँ लागू हो) से संबंधित स्वप्रमाणित पर्चे (प्रेसक्रिप्शन) की प्रति।
- उपरोक्त ए, बी, सी श्रेणियों (जहाँ लागू हो) से संबंधित स्वप्रमाणित मूल नकद मेमो/रसीद।

मैं एतद्वारा प्रमाणित करता/करती हूँ कि जिसके लिए यह दावा किया गया है, वह स्वयं में / मेरे परिवार का आश्रित सदस्य है। मैं यह भी प्रमाणित करता/करती हूँ कि यह दावा वास्तविक है तथा यह बिल पूर्व में किसी भी रूप में प्रस्तुत नहीं किया गया है।

हस्ताक्षर एवं दिनांक

पृष्ठ: 1

(ध्यान दें: फॉर्म अधिमानतः एक ही पृष्ठ पर, पीछे-पीछे मुद्रित किया जाना चाहिए।)



भारतीय प्रौद्योगिकी संस्थान भुवनेश्वर  
INDIAN INSTITUTE OF TECHNOLOGY BHUBANESWAR  
आउटडोर दावा प्रपत्र

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

दावा की गई राशि: ₹ \_\_\_\_\_

कटौती की गई राशि: ₹ \_\_\_\_\_

(कारण: \_\_\_\_\_)

देय शुद्ध राशि: ₹ \_\_\_\_\_

(शब्दों में): रुपये ..... मात्र)

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

हस्ताक्षर एवं दिनांक  
(संबंधित सहायक)

**संयुक्त हस्ताक्षर एवं प्रमाणन:** i) विषय से संबंधित नियमों एवं आदेशों के अंतर्गत आता है, तथा ii) अनुशंसा की जाती है।

अतिरिक्त टिप्पणी (यदि कोई हो): \_\_\_\_\_

हस्ताक्षर एवं दिनांक  
(चिकित्सा अधिकारी)

हस्ताक्षर एवं दिनांक  
(वरिष्ठ / मुख्य चिकित्सा अधिकारी / प्रभारी)

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

भुगतान हेतु स्वीकृत राशि: ₹ \_\_\_\_\_

(शब्दों में: रुपये ..... मात्र)

**संयुक्त हस्ताक्षर एवं प्रमाणन:**

प्रमाणित किया जाता है कि –

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

ii) दावाकर्ता द्वारा लिया गया अग्रिम ₹ \_\_\_\_\_ है, जिसे इस दावे में यथोचित रूप से समायोजित किया गया है।

हस्ताक्षर एवं दिनांक  
(लेखाकार )