

चिकित्सा परिचर्या और/या केंद्र सरकार के कर्मचारी और उनके परिवारों के उपचार के संबंध में किए गए चिकित्सा व्यय की वापसी का दावा करने के लिए (इनडोर उपचार) के लिए आवेदन पत्र - चिकित्सा परिचर्या/उपचार के लिए एक अधिकृत चिकित्सा परिचारक और एक अस्पताल दोनों से लिया गया।

- सरकारी कर्मचारी का नाम और पद का नाम (स्पष्ट अक्षरों में) .....
1. (i) चाहे विवाहित हो या अविवाहित .....
  - ii) यदि विवाहित है, तो वह स्थान जहाँ पत्नी/पति कार्यरत है .....
  2. जिस कार्यालय में कार्यरत है .....
  3. मौलिक नियमों में परिभाषित सरकारी सेवक का वेतन और कोई अन्य परिलब्धियां, जो अलग से दर्शाई जानी चाहिए .....
  4. काम का स्थान .....
  5. वास्तविक निवास का पता .....
  6. रोगी का नाम और सरकारी कर्मचारी से उसका संबंध। ध्यान दें-बच्चों के मामले में उम्र भी बताएं। .....
  7. जिस स्थान पर रोगी बीमार पड़ा हो।  
दावा की गई राशियों का विवरण .....
  - I. चिकित्सा उपस्थिति
    - (i) परामर्श के लिए शुल्क का संकेत .....
    - (ए) परामर्श किए गए चिकित्सा अधिकारी का नाम, पद का नाम तथा वह अस्पताल या औषधालय जिससे संबंध है .....
    8. (बी) परामर्श की संख्या, दिनांक और प्रत्येक परामर्श के लिए निःशुल्क भुगतान .....
    - (सी) इंजेक्शन की संख्या, दिनांक और प्रत्येक इंजेक्शन के लिए भुगतान की गई निःशुल्क राशि .....
    - (डी) चाहे परामर्श और/या इंजेक्शन अस्पताल में, चिकित्सा अधिकारी के परामर्श कक्ष में या रोगी के निवास स्थान पर दिया गया हो .....
    - ii. निदान के दौरान किए गए पैथोलॉजिकल, बैक्टीरियोलॉजिकल, रेडियोलॉजिकल या अन्य समान परीक्षणों के लिए शुल्क .....
    - (ए) अस्पताल या प्रयोगशाला का नाम जहाँ किया गया था; .....

(बी) क्या प्राधिकृत चिकित्सा परिचारक की सलाह पर परीक्षण किए गए थे। यदि हां, तो इस आशय का प्रमाण पत्र संलग्न किया जाना चाहिए

iii. बाजार से खरीदी गई दवाओं का मूल्या

(कैश मेमो और आवश्यक प्रमाण पत्र संलग्न किया जाना चाहिए)

## II. अस्पताल में उपचार

अस्पताल का नाम (अस्पताल के इलाज के लिए शुल्क, अलग से शुल्क का संकेत देते हुए)

(i) आवास (बताएं कि क्या यह सरकारी कर्मचारी की हैसियत या वेतन के अनुसार था और उन मामलों में जहां आवास सरकारी कर्मचारी की स्थिति से अधिक है, इस आशय का एक प्रमाण पत्र संलग्न किया जाना चाहिए कि जिस आवास का वह हकदार था वह उपलब्ध नहीं था।)

(ii) आहार

(iii) चिकित्सा उपचार या कारावास का सर्जिकल संचालन

(iv) पैथोलॉजिकल, बैक्टीरियोलॉजिकल रेडियोलॉजिकल या इसी तरह के अन्य परीक्षण -यह दर्शाता है

(ए) उस अस्पताल या प्रयोगशाला का नाम जहां पर किया गया था; और

(बी) क्या अस्पताल में मामले के प्रभारी चिकित्सा अधिकारी की सलाह पर किया गया है। यदि हां, तो इस आशय का प्रमाण पत्र संलग्न किया जाना चाहिए

(v) दवाइयाँ

(vi) विशेष दवाएं

(कैश मेमो और अनिवार्यता प्रमाणपत्र संलग्न किया जाना चाहिए)

(vii) साधारण नर्सिंग

(viii) विशेष नर्सिंग, यानी, नर्सों विशेष रूप से रोगी के लिए नियुक्त। बताएं कि क्या वे अस्पताल में मामले के प्रभारी चिकित्सा अधिकारी की सलाह पर या सरकारी कर्मचारी या रोगी के अनुरोध पर कार्यरत हैं। पूर्व मामले में एक प्रमाण पत्र मामले के प्रभारी चिकित्सा अधिकारी से बनता है और

चिकित्सा द्वारा प्रतिहस्ताक्षरित होता है अस्पताल अधीक्षक को अटैच किया जाए।

(ix) एम्बुलेंस शुल्क -

(आने-जाने की यात्रा का उल्लेख करें)

(x) कोई अन्य शुल्क, उदाहरण के लिए, बिजली की रोशनी, पंखा, हीटर, एयर कंडीशनिंग, आदि के लिए शुल्क। यह भी बताएं कि क्या संदर्भित सुविधाएं सामान्य रूप से सभी पेटेंटों को प्रदान की जाने वाली सुविधाओं का एक हिस्सा हैं और रोगी के लिए कोई विकल्प नहीं छोड़ा गया था।

**नोट 1.-** यदि सरकारी सेवक द्वारा उपचार प्राप्त किया गया हो, सीएस (एमए) नियम, 1944 के नियम 7 के तहत अपने निवास पर, ऐसे उपचार का विवरण दें और इन नियमों के अनुसार प्राधिकृत चिकित्सा परिचारक से एक प्रमाण पत्र संलग्न करें।

**नोट 2.-** यदि उपचार के अलावा किसी अन्य अस्पताल में प्राप्त किया गया था। सरकारी अस्पताल, आवश्यक विवरण और प्रमाण पत्र प्राधिकृत चिकित्सा परिचर कि अपेक्षित उपचार नहीं था किसी भी नजदीकी सरकारी अस्पताल में उपलब्ध होना चाहिए।

III. विशेषज्ञ से परामर्श -----

प्राधिकृत चिकित्सा परिचारक के अलावा विशेषज्ञ या चिकित्सा अधिकारी को भुगतान की गई फीस, संकेत करते हुए

(ए) विशेषज्ञ या चिकित्सा अधिकारी का नाम और पद का नाम परामर्श किया और अस्पताल जिससे जुड़ा हुआ है

(बी) संख्या और परामर्श की दिनांक और प्रत्येक शुल्क के लिए लिया गया परामर्श

(सी) क्या परामर्श अस्पताल में, विशेषज्ञ या चिकित्सा अधिकारी के परामर्श कक्ष में या रोगी के निवास पर था; और

(डी) क्या प्राधिकृत चिकित्सा परिचारक की सलाह पर विशेषज्ञ या चिकित्सा अधिकारी से परामर्श किया गया था और राज्य के मुख्य प्रशासनिक चिकित्सा अधिकारी की पूर्व स्वीकृति प्राप्त की गई थी। यदि हां, तो उसका प्रमाण पत्र संलग्न किया जाना चाहिए

9. कुल राशि का दावा किया गया

10. कम अग्रिम लिया .....  
11. शुद्ध राशि का दावा किया .....  
12. संलग्नक की सूची .....

**सरकारी कर्मचारी द्वारा हस्ताक्षर किए जाने की घोषणा**

मैं एतद्द्वारा घोषणा करता हूं कि आवेदन में दिए गए बयान मेरे सर्वोत्तम ज्ञान और विश्वास के अनुसार सही हैं और जिस व्यक्ति के लिए चिकित्सा व्यय किया गया है वह पूरी तरह से मुझ पर निर्भर है।

.....

.....

सरकारी कर्मचारी के हस्ताक्षर और

दिनांक .....

कार्यालय जिससे संलग्न

है.....

**Application form for (Indoor Treatment) claiming refund of medical expenses incurred in connection with medical attendance and/or treatment of Central Government servant and their families – for medical attendance/treatment taken both form an authorized medical attendant and a hospital**

1. Name and designation of Government Servant (In Block Letters). .....
- i. Whether married or unmarried .....
- ii. If married, the place where wife/husband is employed .....
2. Office in which employed .....
3. Pay of the Government servant as defined in the Fundamental Rules and any other emoluments, which should be shown separately .....
4. Place duty .....
5. Actual residential address .....
6. Name of the patient and his/her relationship to the Government servant .....
- N.B.—In the case of children state age also.
7. Place at which the patient fell ill. ....
8. Details of the amounts claimed .....
- I. Medical Attendance .....
- i. Fees for consultation indicating - .....
- a. the name and designation of the Medical Officer consulted and the hospital or dispensary to which attached .....
- b. the number and dates of consultation and the free paid for each consultation .....
- c. the number and dates of injection and the free paid for each injection .....
- d. whether consultation and/or injection where had at the hospital, at the consulting room of the medical officer or at the residence of the patient .....
- ii. Charges for Pathological, Bacteriological, Radiological or other similar tests undertaken during diagnosis indicating .....
- a. the name of the hospital or laboratory where undertaken; and .....
- b. whether the tests were under taken on the advice of the authorized medical attendant. ....  
                If so, a certificate to that effect should be attached
- iii. Cost of medicines purchased from the market. ....  
(Cash memos and the essentiality certificates should be attached)
- II. Hospital Treatment - .....
- Name of the hospital (Charges for hospital treatment, indicating separately the charges for) .....
- i. Accommodation (State whether it was according to the status or pay of the Government servant and in cases where the accommodation is higher than the status of the Government servant, a certificate should be attached to the effect that the accommodation to which he was entitled was not available) .....
- ii. Diet .....
- iii. Surgical operation of medical treatment or confinement .....
- iv. Pathological, bacteriological Radiological or other similar tests, - .....
- Indicating .....
- a. The name of the hospital or laboratory at which undertaken; and .....
- b. Whether undertaken on the advice of the medical officer in charge of the case at the hospital. If so, a certificate to that effect should be attached .....
- v. Medicines .....
- vi. Special medicines .....
- (Cash memos and the Essentiality Certificate should be attached)
- vii. Ordinary nursing .....
- viii. Special nursing, i.e., nurses, specially engaged for the patient. State whether they are employed on the advice of the Medical Officer in charge of the case at the hospital or at the request of the Government servant or patient. In the former case a certificate form the Medical Officer in charge of the case and countersigned by the Medical Superintendent of the hospital should be attached .....

- ix Ambulance charges - .....  
(State the journey - to and fro - undertaken
- x Any other charges, e.g., charges for electric light, fan, heater, air conditioning, etc. State also whether the facilities referred to are a part of the facilities normally provided to all patents and no choice was left to the patient. ....

**Note 1.-** If the treatment was received by the Government servant at his residence under Rule 7 of the CS (MA) Rules, 1944, give particulars of such treatment and attach a certificate from the Authorized Medical Attendant as required by these rules.

**Note 2.-** If the treatment was received at a hospital other than a Government hospital, necessary details and the certificate of the Authorized Medical Attendant that the requisite treatment was not available in any nearest Government hospital should be furnished.

- III Consultation with Specialist ---- .....  
Fee paid to Specialist or a Medical Officer other than the Authorized Medical Attendant, indicating
  - a the name and designation of the Specialist or Medical Officer consulted and the hospital to which attached .....
  - b number and dates of consultations and the fees charged for each consultation .....
  - c whether consultation had was at the hospital, at the consulting room of the Specialist or Medical Officer or at the residence of the Patient; and .....
  - d whether the Specialist or Medical Officer was consulted on the advice of the Authorized Medical Attendant and the prior approval of the Chief Administrative Medical Officer of the State was obtained. If so, a certificate to that should be attached .....
- 9. Total amount claimed .....
- 10 Less advance taken on .....
- 11 Net amount claimed .....
- 12 List of enclosures .....

**DECLARTAIION TO BE SIGNED BY THE GOVERNMENT SERVANT**

I hereby declare that the statements 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 upon me.

Signature of the Government servant and .....  
Office to which attached .....

Date .....