राष्ट्रीय प्रतिरक्षाविज्ञान संस्थान NATIONAL INSTITUTE OF IMMUNOLOGY

Website:- https://nii.res.in/

बचत खाता संख्याः/S.B.A/C No.	
दूरभाष संख्या Telephone No.	

चिकित्सा दावा हेतु आवेदन प्रपत्रFORM OF APPLICATION FOR MEDICAL REIMBURSEMENT CLAIM

1	नाम/Name (बडे अंक्षरों में In block letters)	
2	पदनाम/Designation	
3	कार्यालय/शाखा/प्रयोगशाला जिसमें कार्यरत है Office/Branch/Lab in which employed	
4	मूल वेतन Basic Pay	
5	आवास का पता Residential Address	
6	रोगी का नाम तथा उसका सरकारी कर्मचारी से संबंध	
	Name of the patients and his/her relationship with Govt. servant	
7	डयूटी का स्थान Place of duty.	
8	रोग की प्रकृति एवं अवधि Nature of illness and its duration	
9	दावे की राशि Details of the amount claimed(चिकित्सा नियम Medical attendance)	
	अ)परार्मश लेने वाले चिकित्सा अधिकारी का नाम एवं पद तथा अस्पताल/ चिकित्सालय जिसमें कार्यरत है । Name and designation of the Medical Officer consulted and the Hospital/Dispensary to which attached.	
	ब) परार्मशों की संख्या तथा तिथि और प्रत्येक परार्मश के लिए भुगतान की गई फीस The number and dates of consultation and the fee paid for each consultation	
	स) क्या परार्मश /इंजेक्शन अस्पताल में लिए गए या चिकित्सा अधिकारी के परार्मश कक्ष अथवा रोगी के आवास पर Whether consultation/Inject ion were had at the hospital or at the consultation Room of the Medical Officer or at the residence of the patient.	
	द) कितने इंजेक्शन लगाए गऐ तिथि सहित और हरेक इंजेक्शन के लिए कितना शुल्क भुगतान किया गया । निदान परीक्षण के लिए कितना भुगतान किया गया । The number and date of injections and the fee paid for each injection including fee/charges paid for clinical tests.	
	न) बाजार से खरीद की गई दवाईयों का मूल्य (विवरण पीछे दिया गया है । Cost of the medicines purchase from the market (details overleaf) रूण् में in Rs.	
10	9(अ) से (न) तक कुल दावे की रमक रू. Total amount claimed 9(a) to (e) (in Rs.)	
11	संलग्नक की सूची List of enclosures.	
	। घोषण कर्मचारी दवारा इस्ताक्षित की जाए DECLARATION TO BE	

घोषण कर्मचारी द्वारा हस्ताक्षित की जाए DECLARATION TO BE SIGNED BY THE EMPLOYEE.

मैं यह घोषण करता हूं कि आवेदन प्रपत्र में दिया गया विवरण मेरी जानकारी एवं विश्वास में पूर्ण रूप से सही है और जिस/जिन व्यक्तियों के चिकित्सा पर व्यय किया गया है वह/ वे सभी मेरे आश्रित है ।

I hereby declare that the statement given in the application form are true to the best of my knowledge and belief and the person/ persons for whom medical expenses were incurred is/are wholly dependent upon me.

तिथि Date कर्मचारी के हस्ताक्षर Signature of the employee.

चिकित्सा प्रतिपूर्ति दावा MEDICAL REIMBURSEMENT CLAIM

2-बाजार से खरीद की गई दवाईयों का ब्यौरा Details of Medicine purchased from Market

रोगी का नाम एवं संबंध	दवा की दुकान का	बिल संख्या एवं	दवाईयां Medicine(s)	हरेक दवा की	हरेक बिल का
Name of the patient and relationship	नाम Name of the drug Store/Chemist	तिथि Cash memo No. & date		कीमत Amount of each Medicine	योग Total of each Cash Memo
	Name of the patient and	Name of the patient and नाम Name of the	Name of the patient and relationship नाम Name of the drug Store/Chemist memo No. &	Name of the patient and relationship ਰਾਸ Name of the drug Store/Chemist memo No. &	Name of the patient and relationship नाम Name of the drug Store/Chemist memo No. & कीमत Amount of each Medicine

घोषणा DECLARATION

- 1- मैं प्रमाणित करता हूं कि जिस व्यक्ति/व्यक्तियों का चिकित्सा प्रतिपूर्ति दावा प्रस्तुत किया गया है वह/वे मेरे उपर पूर्ण रूप आश्रित है। I certify that the patient(s) for whom medical reimbursement claim has been made in the bill is/are wholly dependent upon me.
- 2- मैं प्रमाणित करता हूं कि मेरी पत्नी/पति सरकारी /अर्धसरकारी सेवा में नियोजित नहीं हैं और उन्होनें कोई दावा प्रस्तुत नहीं किया है । certify that my wife/husband is not employed in Government/semi-Government service and he/she has not submitted any claim.
- 3- मैं प्रमाणित करता हूं/करती हूं कि सुपर बजार/ सहकारी दवाईयों की दुकान मेरे आवास से दो किलो मीटर की परिधी में स्थित नहीं है । । certify that the super Bazar or any other Co-operative drug store is not within two kilometres of my residence.
- 4- मैं प्रमाणित करता हूं/करती हूं कि चिकित्सा निधि के लिए मासिक अंशदान मेरे वेतन/वेतन/ वृत्तिका से काट कर किया जा रहा है । I certify that monthly contribution for medical fund is being deducted from my salary /stipend.

			दावेदार के हस	न्ताक्षर/ Signature of the cl	aimant			
स्वीकार एवं प्रति हस्ताक्षर Accepted and Countersigned								
लेखा शाखा ACCOUNTS BRANCH								
दावा रू का	पास किया	जाता है Claim passed for Rs.		(Rs				
सहायक Assistant								

वित्त एवं लेखा अधिकारी F&A.O