



चिकित्सा प्रतिपूर्ति प्रपत्र
Medical Reimbursement Form

क्रम / Sl.	विवरण / Particulars	दावा का विवरण / Details of Claim
1.	सरकारी सेवक का नाम तथा पदनाम Name and Design. of Govt. Servant	
2.	01 अप्रैल _____ को पे बैंड + ग्रेड पे Pay Band + Grade Pay as on 01 April _____	
3.	रोगी का नाम एवं संबंध Name of Patient & Relationship	
4.	चिकित्सक / अस्पताल का नाम Name of Doctor / Hospital	
5.	चिकित्सा परामर्श शुल्क Consultation Fees Charged	
6.	बाजार से खरीदी गई औषधियों की लागत Cost of Medicines Purchased	
7.	चिकित्सा परीक्षण की लागत Cost of Medical Test etc.	
8.	दावा की गई कुल राशि Total Amount claimed	

संलग्नक : चिकित्सक का औषध-निर्देशन एवं कैश मेमो ।
Enclosed : Doctor's Prescription and Cash Memos.

हस्ताक्षर / Signature

नाम एवं पदनाम / Name & Designation

केवल कार्यालय प्रयोग हेतु / For Office Use Only

- चिकित्सा प्रतिपूर्ति सीमा (01 अप्रैल को पे बैंड एवं ग्रेड पे) - रु०
Medical Reimbursement Limitation (Pay band + Grade Pay as on 1st April) - ₹
- पहले भुगतान की जा चुकी चिकित्सा प्रतिपूर्ति राशि - रु०
Medical Reimbursement already paid - ₹
- भुगतान हेतु पास की गई राशि - रु०
Amount Passed for Payment - ₹
- चिकित्सा दावा पंजिका के पृष्ठ संख्या पर प्राविष्टि कर दी गई है
Entered in Medical claim Register Page No.

बिल लिपिक / Bill Clerk

क.अनु.अधि. (प्रशा)
JSO (Admn.)

(प्रशासन प्रभारी)
(Admn. I/c)

क.लेखा.अधि.
J.A.O.

आ. एवं संवि.अधि.
D.D.O.

सक्षम अधिकारी
Competent Authority