**चिकित्‍सा/MED – 97 बी/B**

केंद्र सरकार के कर्मचारियों और उनके परिवारों की चिकित्सा और/या उपचार के संबंध में किए गए चिकित्सा व्यय की वापसी का दावा करने के लिए आवेदन प्रपत्र। एएमए और अस्पताल दोनों से ली गई चिकित्सा उपचार के लिए आवेदन प्रपत्र/Form of application for claiming refund of medical expenses incurred in connection with medical attendance and/or treatment of central government servants and their families. For medical attendance/treatment taken both from an AMA and a Hospital.

|  |  |
| --- | --- |
| 1. सरकारी कर्मचारी का नाम एवं पदनाम/Name and Designation of Govt. Servant | : |
| i) विवाहित है या अविवाहित/whether married or unmarried | : |
| ii) यदि विवाहित है तो वह स्थान जहाँ पत्नी/पति कार्यरत है/If married, the place where wife/husband is employed | : |
| 2. मौलिक नियमों में परिभाषित सरकारी कर्मचारी का वेतन और कोई अन्य परिलब्धियां जिन्हें अलग से दिखाया जाना चाहिए/Pay of the Govt. Servant as defined in the Fundamental Rules and any other emoluments which should be shown separately | : |
| 3. कार्यालय जिसमें कार्यरत है/Office in which employed | : |
| 4. कर्मचारी को तैनात किया गया स्‍थान/Place of duty | : |
| 5. वास्तविक आवासीय पता/Actual residential address | : |
| 6. रोगी का नाम और सरकार कर्मचारी से उसका संबंध (बच्चों के मामले में उनकी की उम्र भी स्‍पष्‍ट करें)/Name of the patient and his/her relationship to the Govt. Servant (in the case of children state age also) | : |
| 7. जिस स्थान पर रोगी बीमार पड़ गया/Place at which the patient fell ill | : |
| 8. परामर्श के लिए शुल्क इंगित करता है/Fees for consultation indicating | : |
| a) परामर्श किए गए चिकित्‍सा अधिकारी का नाम और पदनाम और जिस अस्पताल या औषधालय से वह जुड़ा हुआ है/Name and designation of the Med. Officer consulted and the hospital or dispensary to which he is attached | : |
| b) चिकित्सा अधिकारी के अस्पताल/परामर्श कक्ष या रोगी के आवास पर किए गए परामर्शों की संख्या और तारीख/Number and date of consultation were had at the hospital/consulting room of the medical officer or at the residence of the patient | : |
| c) क्या अस्पताल में या चिकित्सा अधिकारी के परामर्श कक्ष में या रोगी के निवास पर परामर्श/या इंजेक्शन लिया गया था/Whether consultations an/or injections were had at the hospital or at the consulting room of the Medical Officer or at the residence of the patient  | : |
| d) निदान के दौरान किए गए पैथोलॉजिकल, बैक्टीरियोलॉजिकल, रेडियोलॉजिकल या अन्य समान परीक्षणों के लिए शुल्क स्‍प्‍ष्‍ट करते हैं/ Charges for pathological, bacteriological, radiological or other similar tests undertaken during the diagnosis indicating | : |
| e) अस्पताल या प्रयोगशाला का नाम जहां परीक्षण किए गए/Name of the hospital or laboratory where undertaken the tests | : |
| f) क्या एएमए की सलाह पर परीक्षण किए गए थे। यदि हां, तो इस आशय का एक प्रमाण पत्र संलग्न किया जाना चाहिए/Whether the tests were undertaken on the advice of the AMA. If so, a certificate to that effect should be attached | : |
| g) खरीदी गई दवाओं की कीमत/Cost of medicines purchased | : रु/Rs. |
| 9. दावा की गई कुल राशि/Total amount claimed | : रु/Rs. |
| 10. चिकित्‍सा के लिए ली गई अग्रिम राशि को कुल राशि में से घटाएं/Less advance taken on | : रु/Rs. |
| 11. दावा की गई शुद्ध राशि/Net amount claimed | : रु/Rs. |
| 12. संलग्‍नकों की सूची/List of enclosures | : प्रमाण पत्र 'ए', चिकित्‍सक की पर्ची, कैश मेमो/ ‘A’ certificate, Prescription, Cash Memo |

# सरकार कर्मचारी द्वारा हस्ताक्षरित की जाने वाली घोषणा

# **DECLARATION TO BE SIGNED BY THE GOVT. SERVANT**

मैं एतद्द्वारा घोषणा करता हूं कि आवेदन में दिए गए विवरण मेरी जानकारी और विश्वास के अनुसार सही हैं और जिस व्यक्ति के लिए चिकित्सा खर्च किया गया था वह पूरी तरह से मुझ पर निर्भर है/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.

## तारीख/Date : सरकारी कर्मचारी का हस्‍ताक्षर

## Signature of the Govt. Servant