

केन्द्रीय सरकारी कर्मचारीयो तथा उनके परिवार की डाक्टरी परिचर्या और / या इलाज पर हुए डाक्टरी खर्चों वापसी का दवा करने का आवेदन - पत्र  
Form of applications for claiming refund of medical expenses Incurred in connection with Medical attendance  
and / or treatment of Central Government servants and their families

ध्यान दीजिए - हर रोगी के लिए अलग फार्म भरा जाना चाहिए / N.B. - Separate form should be used for each patient

1. सरकारी कर्मचारी का नाम और पद (साफ अक्षरों में)  
Name and designation of the Government Servant (in block letters)  
(i) विवाहित / अविवाहित / Whether Married / Unmarried  
(ii) अगर विवाहित हो तो पति / पत्नी का कार्यालय का पता  
If married the Place where Wife / Husband is employed
2. किस कार्यालय में काम कर रहा है / Office in which employed.
3. आधारमूल नियमों में वेतन की दी गई परिभाषा के अनुसार सरकारी कर्मचारी का वेतन, यदि अन्य कोई उपलब्धियां हों तो उन्हें अलग से दिखाया जाना चाहिए / Pay of the Government servant as defined in the Fundamental Rules and any other emoluments which should be shown separately.
4. नांकरा का स्थान / Place of duty.
5. निवास का वास्तविक पता / Actual residential address.
6. रोगी का नाम और सरकारी कर्मचारी से उसका / उसकी संबंध  
Name of the patient and his / her relationship to the Government servant.  
ध्यान दीजिए - यदि शिशु वच्चा हो तो उसकी उम्र भी लिखी जाए / N.B. - In the case of children state age also.
7. रोगी किस स्थान पर विमार पड़ा / Place at which the patient fell ill.
8. रावे की रकम का व्यौरा / Details of the amount claimed -

**I. डाक्टरी परिचर्या / MEDICAL ATTENDANCE -**

- (i) निम्नलिखित बातों का निर्देश करते हुए परामर्श की फीस / Fees for consultation  
Indicating -  
(क) जिस चिकित्सा अधिकारी से परामर्श लिया गया है, उसका नाम और पद तथा उम्र  
अस्पताल या औपचारिकता का नाम जिससे वह अधिकारी संबद्ध है  
(a) the name and designation of the medical officer consulted and  
the hospital or dispensary to which attached.  
(ख) कितनी बार और किस-किस तारीख को परामर्श लिया गया और हर परामर्श के  
लिए कितनी फीस दी गई है।  
(b) the number and dates of consultations and fees paid for each  
consultation.  
(ग) कितना सुइयां किन किन तारीखों को लगी और हर सुई के लिए कितनी फीस देनी  
पड़ी।  
(c) the number and dates of Injections and the fee paid for each  
Injection.  
(घ) क्या परामर्श और / या सुइयां अस्पताल में ली गई या चिकित्सा अधिकारी रे  
परामर्श कक्ष में या रोगी के निवास स्थान पर।  
(d) Whether consultation and / or Injections were held at the  
hospital, at the consulting room of the medical officer or at the  
residence of the patient.
- (ii) रोग का निदान करते समय किए गए विकृत-वैज्ञानिक, जिवानु-वैज्ञानिक, विकिरण-वैज्ञानिक  
और ऐसे ही दूसरे परिक्षण का खर्च लिखिए और निम्नलिखित बातें बतलाइए -  
Charges for pathological, bacteriological, radiological or other  
similar test undertaken during diagnosis indicating -  
(क) अस्पताल या प्रयोगशाला का नाम जहां परिक्षण हुए और  
(d) the name of the hospital or laboratory where the tests were  
undertaken during diagnosis indicating -  
(ख) क्या वे परिक्षण प्राधिकृत चिकित्सा परिचारक की मलाह पर हुए, यदि हों तो  
उसका प्रमाण-पत्र इसके साथ लगाएं  
(b) whether the tests were undertaken on the advice of the  
authorised medical attendant, if so, a certificate to that effect  
should be attached.  
(ग) बाजार से खरीदी गई दवाओं का मूल्य  
(c) costs of medicines purchased from the market  
(दवाओं की सूची, नकद-पत्र और अत्यावश्यकता प्रमाण-पत्र साथ लगाएं)  
(List of medicines, cash memos & the essentiality certificates  
should be attached.)

**II. अस्पताली इलाज / HOSPITAL TREATMENT -**

- अस्पताल का नाम / Name of the hospital  
अस्पताली इलाज के खर्च-निम्नलिखित खर्चों का अलग-अलग निर्देश कीजिए -  
Charges for Hospital treatment Indicating separately the charges for -
- (i) आवास का / Accommodation  
(यह लिखें कि क्या आवास सरकारी कर्मचारी के वर्तमान वेतन या हैसियत के अनुरूप ही  
था यदि नहीं तो इस आशय का एक प्रमाण-पत्र दें कि जिस प्रकार के आवास के लिए  
सरकारी कर्मचारी हकदार था यह उपलब्ध नहीं था।)  
(State whether it was according to the status or pay of the  
Government servant and in cases where the accomodation is higher  
than the status of the Government servant a certificate should be  
attached to the effect that the accomodation to which he was  
entitled was not available)
  - (ii) सुराक / Diet .....
  - (iii) शल्कक्रिया या डाक्टरी इलाज या परिरोध  
Surgical operating or medical treatment or confinement.

- (iv) विकृति-वैज्ञानिक जिवानु वैज्ञानिक, विकिरण वैज्ञानिक या अन्य परिक्षण यह बातें भी बतलाई जाए  
Pathological, bacteriological, radiological or other similar test indicating -

(अ) अस्पताल या प्रयोगशाला का नाम जिसमें परिक्षण हुए।

(a) the name of the hospital or laboratory at which tests undertaken.

(ख) क्या वे परिक्षण कार्यभारी चिकित्सा अधिकारी की सलाह से अस्पताल में हुए ? यदि हां तो इस आशय का प्रमाण-पत्र साथ लगाएं।

(b) Whether tests 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.

(न) दवाएं / Medicines

(न) विशेष दवाएं / Special medicines .....

(दवाओं की सूची नकद पत्र और अत्यावश्यकता प्रमाणपत्र में लगाएं)

(List of medicines, cash memos and the essentiality certificate should be attached)

(vii) साधारण उपचर्या / Ordinary nursing .....

(viii) विशेष उपचर्या यानी रोगी के लिए विशेष रूप से नस लगाई गई। यह लिखें कि जो और नस लगाई गई उनके लिए अस्पताल में इनके कार्यभारी चिकित्सा अधिकारी ने सलाह दी थी या सरकारी कर्मचारी चिकित्सा या रोगी की प्रार्थना पर नियुक्त की गई। पहले वाली स्थिति होने पर कार्यभारी चिकित्सा अधिकारी का प्रमाण-पत्र साथ में लगाया जाना चाहिए जिस पर चिकित्सा-अधिकारक के प्रतिहस्ताक्षर भी हों।

Special nursing i.e. nurses specially engaged for the patient. State whether they were employed on the advice of the medical officer-in-charge of the case at the hospital or the request of the Government servant or patient. In the former case a certificate from the medical officer-in-charge of the case countersigned by the medical Superintendent of the hospital should be attached.

(ix) एम्बुलेंस चार्ज (कहां से कहां तक यात्रा की गई यह लिखें)

Ambulance charge (State the journey - to and from undertaking)

(x) और दूसरे चार्ज यानी बिजली की रोशनी, पंखा हीटर, वातानुकूल आदि के चार्ज। यह भी लिखें कि ये सुविधाएं साधारण सभी रोगियों को दी जाती हैं और रोगी की विशेष इच्छा पर कोई चीज नहीं दी गई।

Any other charges e.g. charges of electric light, fan, heater, air-conditioning etc. State also whether the facilities normally provided to all patients and no choice was left to the patient.

(टिप्पणियां) : 9. यदि भारत मंत्री सेवा चिकित्सा परिचर्या नियमावली १९३८ के नियम ३ (रूल ३ आफ दि सेक्रेटरी आफ स्टेटस सर्विस (एम. ए. रूल्स, १९३८) के अनुसार या केन्द्रीय सेवा (चिकित्सा परिचर्या) नियमावली १९४ के नियम ७ के (रूल ७ आफ दि सी. एस.) (एम. ए. रूल्स १९४४) के अनुसार यदि इलाज सरकारी कर्मचारी के निवास स्थान पर ही हुआ हो तो उसका विवरण दें और इन नियमों के अन्तर्गत अपेक्षित चिकित्सा परिचर्या का प्रमाण-पत्र साथ लगाएं।

Notes : 1. If the treatment was received by the Government servant at his residence under rule 3 of the secretary of States Service (M.A.) Rule 1938 or rule of the C.S. (M.A.) Rule 1944 give particulars of such treatment and attach a certificate from the authorised medical attendant as required by these rules.

2. यदि इलाज सरकारी अस्पताल के अलावा किसी और जगह हुआ है तो उसका आवश्यक विवरण दें और प्राधिकृत चिकित्सा-परिचर्या का इस आशय की प्रमाण-पत्र दें कि अपेक्षित इलाज की व्यवस्था किसी निकटतम सरकारी अस्पताल में नहीं हो सकती थी।

2. If treatment was received at a hospital other than a Government Hospital necessary details and the certificate of the authorised medical attendant that the requisite treatment was not available in any nearest Government Hospital should be furnished.

### III. विशेषज्ञ से परामर्श / CONSULTATION WITH SPECIALIST -

प्राधिकृत-चिकित्सा-परिचर्या के अतिरिक्त किसी और विशेषज्ञ या चिकित्सा अधिकारी का परामर्श लेने के लिए दी गई फीस और नीचे लिखी बातें बतलाई जाएं। / Fees paid to a specialist or a medical officer other than the authorised medical attendant indicating -

(क) उस विशेषज्ञ या चिकित्सा अधिकारी का नाम जिसका परामर्श लिया गया है और यह विशेषज्ञ या चिकित्सा-अधिकारी किस अस्पताल से संबंधित है।

(a) The name and designation of the specialist or medical officer consulted and the hospital to which attached.

(ख) कितना बार किन-किन तारिखों को परामर्श लिया गया और हर परामर्श के लिए कितनी फीस दी गई।

(b) Number and dates of consultation and the fees charged for each consultation.

(ग) क्या परामर्श विशेष या चिकित्सा-अधिकारी के परामर्श कक्ष में लिया गया या, अस्पताल में अथवा रोगी के निवास पर।

(c) Whether consultation was held at the hospital, at the consulting room of the specialist or medical officer or at the residence of the patient.

(घ) क्या विशेषज्ञ या चिकित्सा-अधिकारी की सलाह प्राधिकृत चिकित्सा-परिचर्या की राय से ली गई थी और क्या प्रान्त के मुख्य-प्रशासनिक-चिकित्सा-अधिकारी की पूर्व स्वीकृति इसके लिए प्राप्त कर ली गई थी। यदि हां तो इसके लिए प्रमाण-पत्र लगाएं।

(d) Whether the specialist or medical officer was consulted on the advice of the authorised medical attendant and the prior approval of the Chief Administrative Medical Officer of the State was obtained. If so, a certificate to that effect should be attached.

9. कुल कितनी धनराशि का दावा है / Total amount claimed ₹./ Rs. ....

10. .... को लिया गया आग्रम धन घटाकर / Less advance taken on ₹./ Rs. ....

11. दावे की कुल रकम / Net amount claimed ₹./ Rs. ....

12. संलग्न पत्रों की सूची / List of enclosures -

इस घोषणा पर सरकारी कर्मचारी हस्ताक्षर करे / DECLARATION TO BE SIGNED BY THE GOVERNMENT SERVANT

में घोषित करता हूँ कि इस प्रार्थना-पत्र में दिया गया बयान मेरी जानकारी और विश्वास के अनुसार ठीक है और व्यक्ति के उपर चिकित्सा व्यय किए गए हैं, यह पूर्णतः मेरे ऊपर आश्रित 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 के हस्ताक्षर और कार्यालय जिसमें बंध कार्य रक रह है।

Signature of the Government Servant and Office to which attached

LETTERPRINT, P. O. Box - 2332, Mumbai - 400 002. Gram : PRINTBETTER Tel : (022) 201 3123 Fax : 205 9539  
Email : letterprint@vsnl.net (WP-Pds)

**CERTIFICATE 'B'**

(To be completed in the case of patients who are admitted to hospital for treatment)

Certificate granted to Mrs./Mr./Miss -----son/daughter/wife/father/mother of----- employed in the Central Institute for Research on Cotton Technology, Matunga, Mumbai

I, Dr. -----(name of doctor) hereby certify-/

(a) that the patient was admitted to hospital on the advice of Dr. ----- (name of Medical officer)/on my advice;

(b) that the patient has been under treatment at -----(name of hospital) and that the under mentioned medicines prescribed by me in this connection were essential for the recovery / prevention of serious deterioration in the condition of the patient. **The medicines were not stocked in the** -----(name of hospital) for supply to private patients and do not include proprietary preparations for which cheaper substances of equal therapeutic value are available nor preparations which are primarily foods, toilets or disinfectants;

Sr. No	Quantity Purchased	Name of Medicines	Cost of Medicines	
			Rs.	P.

(c) that the injections administered were/were not for immunizing or prophylactic purposes;

(d) that the patient is / was suffering from ----- and is / was under treatment from ----- to -----

(e) that the X-ray, laboratory tests, etc., for which an expenditure of Rs. . . . . was incurred were necessary and were undertaken on my advice at ----- ( name of hospital or laboratory)

(f) that I called on Dr----- (name of doctor) for specialize consultation and that the necessary approval of the (Name of the Chief Administrative Medical Officer of the state) as required under the rules, was obtained.

Signature and Designation of the  
Medical officer in charge of the case at the hospital

**Part-B**

I certify that the patient has been under treatment at the -----  
(name of hospital) and that the service of the special nurses for which an expenditure of Rs.  
(included in the bill enclosed). was incurred, vide bills and receipts attached, were essential for  
the recovery/prevention of serious deterioration in the condition of the patient.

Signature of the Medical Officer  
in charge of the case at the hospital

**Countersigned**

Medical Superintendent  
Hospital

\* I certify that the patient has been under treatment at the -----  
------(name of hospital) and that the facilities provided were the  
minimum which were essential for the patient's treatment.

Place :

Medical Superintendent  
-----Hospital

Note.- Certificates not applicable should be struck off. Certificate (d) is compulsory and must be filled in by the Medical Officer in all cases.

---

\* The minimum facilities certificate may be signed either by the Medical Superintendent of the Hospital concerned or another Gazetted Medical Officer who has been authorized in this behalf by the Medical Superintendent.