

परिशिष्ट-5

सरकारी कर्मचारी और उसके परिवार के सदस्यों की चिकित्सा परिचर्या तथा/अथवा उपचार के सम्बन्ध में किये गये चिकित्सा व्यय प्रतिपूर्ति के दावे हेतु आवेदन का प्रपत्र

सूचना:- प्रत्येक रोगी के लिए अलग-अलग प्रपत्र का प्रयोग किया जाना चाहिए।

1. सरकारी कर्मचारी का नाम एवं पदनाम तथा विभाग (स्पष्ट अक्षरों में)
2. वास्तविक निवास स्थान का पता
3. वेतन (रू.)
4. रोगी के रोग ग्रसित होने का स्थान
5. रोगी का नाम तथा सरकारी कर्मचारी से उसका संबंध (यदि रोगी बालक/बालिका हो तो उसकी आयु भी लिखनी चाहिये)
6. नियम 3(2)(ii)(ब) के अधीन सरकारी कर्मचारी से उसके निवास स्थान पर उपचार करने हेतु प्राधिकृत चिकित्सा परिचारक द्वारा वसूल किए गए परामर्श शुल्क की राशि (चिकित्सक का नाम लिखिये तथा विहित प्रमाण पत्र संलग्न कीजिये)
7. सरकारी कर्मचारी के निवास स्थान पर इंजेक्शन लगाने हेतु कम्पाउण्डर/नर्स को भुगतान किया गया शुल्क (विहित प्रमाण-पत्र संलग्न किया जाय)
8. रोगी वाहन व्यय
9. बाजार से क्रय की गई औषधियों का विवरण मूल्य :-

क्र.सं.	बीजक सं. और दिनांक	दुकान का नाम	औषधियों का नाम	मूल्य
10.	नियमों के अधीन स्वीकार अन्य व्यय यदि कोई हो			
11.	दावे की कुल राशि			
12.	संलग्न-पत्रों की संख्या			

घोषणा:- जिस पर सरकारी कर्मचारी द्वारा हस्ताक्षर किए जायेंगे:-

मैं एतद्वारा घोषणा करता हूँ कि इस आवेदन-पत्रा में दिया गया विवरण जहां तक मेरी सर्वोच्च जानकारी और विश्वास है, सही है और वह व्यक्ति जिसके लिए चिकित्सा व्यय किया गया है मुझ पर पूर्णतया आश्रित है। मैं यह भी घोषणा करता हूँ कि मेरे द्वारा खरीदी गई इन औषधियों के लिए इससे पहले कोई दावा प्रस्तुत और आहरित नहीं किया गया है।

दिनांक:

सरकारी कर्मचारी के हस्ताक्षर एवं पद नाम तथा कार्यालय जिससे संबंध है।



## परिशिष्ट-5

सरकारी कर्मचारी और उसके परिवार के सदस्यों की चिकित्सा परिचर्या तथा/अथवा उपचार के सम्बन्ध में किये गये चिकित्सा व्यय प्रतिपूर्ति के दावे हेतु आवेदन का प्रपत्र।

सूचना:- प्रत्येक रोगी के लिए अलग-अलग प्रपत्रा का प्रयोग किया जाना चाहिए।

1. सरकारी कर्मचारी का नाम एवं पदनाम तथा विभाग  
(स्पष्ट अक्षरों में)
2. वास्तविक निवास स्थान का पता
3. वेतन रु
4. रोगी के रोग ग्रसित होने का स्थान
5. रोगी का नाम तथा सरकारी कर्मचारी से उसका संबंध (यदि रोगी बालक/बालिका हो तो उसकी आयु भी लिखनी चाहिये)
6. नियम 3(2)(ii)(च) के अधीन सरकारी कर्मचारी से उसके निवास स्थान पर उपचार करने हेतु प्राधिकृत चिकित्सा परिचारक द्वारा वसूल किए गए परामर्श शुल्क की राशि (चिकित्सक का नाम लिखिये तथा विहित प्रमाण पत्रा संलग्न कीजिये)
7. सरकारी कर्मचारी के निवास स्थान पर इंजेक्शन लगाने हेतु कम्पाउण्डर/नर्स को भुगतान किया गया शुल्क (विहित प्रमाण-पत्र संलग्न किया जाय)
8. रोगी वाहन व्यय
9. बाजार से क्रय की गई औषधियों का मूल्य
10. नियमों के अधीन स्वीकार्य अन्य व्यय यदि कोई हों
11. दावे की कुल राशि
12. संलग्न पत्रों की संख्या

**घोषणा:- जिस पर सरकारी कर्मचारी द्वारा हस्ताक्षर किए जायेंगे:-**

मैं एतद्द्वारा घोषणा करता हूँ कि इस आवेदन-पत्रा में दिया गया विवरण जहां तक मेरी सर्वोच्च जानकारी और विश्वास है, सही है और वह व्यक्ति जिसके लिए चिकित्सा व्यय किया गया है मुझ पर पूर्णतया आश्रित है। मैं यह भी घोषणा करता हूँ कि मेरे द्वारा खरीदी गई इन औषधियों के लिए इससे पहले कोई दावा प्रस्तुत और आहरित नहीं किया गया है।

दिनांक :-

**सरकारी कर्मचारी के हस्ताक्षर एवं  
पदनाम तथा कार्यालय जिससे सम्बद्ध है**