



बैंक खाता सं०.....

**केन्द्रीय कर्मचारियों और उनके परिवार के सदस्यों के लिए प्राधिकृत चिकित्सा सहायक और चिकित्सालय दोनों से उपचार करवाने के सम्बन्ध में होने वाले चिकित्सा सम्बन्धी व्ययों की प्रतिपूर्ति हेतु आवेदन पत्र का प्रारूप**

1. सरकारी कर्मचारी का नाम व पदनाम(स्पष्ट अक्षरों में):.....
2. विभाग/अनुभाग जहां पर नियुक्त हैं:.....
3. मौलिक नियमों के आधार पर सरकारी कर्मचारी का वेतन तथा दूसरी परिलब्धियां जिन्हें अलग से दर्शाया जाए:.....
4. कार्य-स्थल:.....
5. निवास स्थान का वास्तविक पता:.....
6. रोगी का नाम, उसका कर्मचारी से सम्बन्ध:.....
7. (विशेष ध्यान दे) बच्चों के मामले में उम्र भी लिखें:.....
8. स्थान जहां पर रोगी बीमार पड़ा:.....
9. दावाकृत राशि का विवरण (कैलेंडर तथा आवेदन प्रमाण पत्र संलग्न करें)  
(अ) कुल दावाकृत राशि:.....  
(ब) अग्रिम प्राप्ति को घटाकर राशि :.....  
(स) दावाकृत कुल राशि :.....
10. चिकित्साधिकारी द्वारा विधिवत् रूप से सत्यापित प्रमाण पत्र  
(अ) प्रमाण पत्र "क"  
(ब) व० रो० नि० सं०.....  
(स) कै०मै० सं०:.....  
(द) दो प्रतियों में दावा फार्म:.....

**घोशणा**

मैं एतद् द्वारा घोशणा करता/करती हूँ कि जहां तक मेरी जानकारी और विचारों का संबंध है, इस आवेदन में दिया गया विवरण सत्य है और जिस व्यक्ति के लिए चिकित्सा खर्च वहन किया वह मुझ पर पूर्णतया निर्भर है।

सरकारी कर्मचारी के हस्ताक्षर  
कार्यालय का नाम जहां पर कार्यरत हैं

दिनांक: