

प्ररूप-एक
चिकित्सा प्रतिपूर्ति हेतु आवेदन पत्र का प्ररूप
(नियम 13(1) देखिये)
(टीप:-प्रत्येक रोगी के लिये पृथक प्ररूप का प्रयोग किया जाये)

1. शासकीय सेवक का नाम तथा पदनाम
(स्पष्ट अक्षरों में)
2. कार्यालय, जिसमें नियोजित हो
3. मूल नियमों में दी गई परिभाषा के अनुसार
शासकीय सेवक का वेतन तथा कोई
अन्य उपलब्धियां, जो पृथक रूप से
दर्शाई जानी चाहिये
4. कर्तव्य का स्थान
5. वास्तविक निवास स्थान का पता
6. रोगी का नाम तथा शासकीय सेवक से
उसका संबंध (बच्चों के मामले में,
निम्नलिखित जानकारी भी दी जाये,
अर्थात्):-
(एक) जन्म की तारीख
- (दो) जन्म की क्रम संख्या
- (तीन) बच्चों की कुल संख्या
7. स्थान जहां रोगी बीमार हुआ
8. बीमारी का स्वरूप तथा उसकी अवधि
9. मांग (दावा) की गई राशि के ब्यौरे :-
 (I) चिकित्सा परिचर्या:-
 (एक) निम्नलिखित को दर्शाते हुए परामर्श फीस:-
 (क) जिस चिकित्सा अधिकारी से परामर्श
किया गया हो, उसका नाम तथा पदनाम
और उस चिकित्सालय या औषधालय का
नाम जिससे दह संलग्न हो
- (ख) कब और कितनी बार परामर्श लिया गया
तथा प्रत्येक परामर्श के लिये दी गई फीस
- (ग) क्या परामर्श, चिकित्सालय में, चिकित्सा
अधिकारी के परामर्श कक्ष में या
रोगी के निवास स्थान पर लिया गया
- (दो) निम्नलिखित दर्शित करते हुए रोग
निदान के दौरान रोग संबंधी, जीवाणु
संबंधी, एक्सरे संबंधी (रेडियोलॉजिकल)
या ऐसी अन्य समतुल्य परीक्षण (जांच) संबंधी व्यय:-
 (क) उस चिकित्सालय या प्रयोगशाला
का नाम, जहां परीक्षण (जांच) की गई, और
- (ख) क्या परीक्षण (जांच) प्राधिकृत चिकित्सा
परिचारक की सलाह से की गई थी
और यदि हां, तो इस आशय का एक
प्रमाण पत्र संलग्न किया जाना चाहिये

(तीन) बाजार से खरीदी गई औषधियों की कीमत
(औषधियों की सूची, नकदी पत्रक (कैश मेमो),
और आवश्यकता प्रमाणपत्र संलग्न किया जाना चाहिए)

(II) चिकित्सालयीन उपचार:-

निम्नलिखित के खर्च पृथक् रूप से दर्शाते

हुए चिकित्सालयीन उपचार संबंधी खर्च-

(एक) स्थान (इसका उल्लेख कीजिये कि

क्या वह शासकीय सेवक की प्रास्थिति

या वेतन के अनुसार था और उन

मामलों में जहां स्थान शासकीय सेवक

की प्रास्थिति से उच्चतर का है, तो

इस आशय का एक प्रमाणपत्र संलग्न किया

जाना चाहिये कि वह स्थान, जिसके लिए

वह हकदार था, उपलब्ध नहीं था)

(दो) खुराक

(तीन) शल्य चिकित्सा या चिकित्सा उपचार

(चार) निम्नलिखित का उल्लेख करते हुए

रोग संबंधी, जीवाणु संबंधी, एक्सरे

संबंधी (रेडियोलॉजिकल) तथा ऐसी अन्य

जांच (परीक्षण):-

(क) उस चिकित्सालय या प्रयोगशाला

का नाम, जिसमें उक्त परीक्षण

किया गया, तथा

(ख) क्या वह चिकित्सालय में रोगी के

प्रभारी चिकित्सा अधिकारी की

सलाह पर ली गई थी। यदि

हां, तो इस आशय का प्रमाणपत्र

संलग्न किया जाना चाहिये

(पांच) औषधियां

(छ:) विशेष औषधियां

(औषधियों की सूची, नकदी पत्रक (कैश मेमो)

तथा आवश्यक प्रमाणपत्र संलग्न किया जाना चाहिये)

(सात) सामान्य उपचर्या (जनरल नर्सिंग)

(आठ) विशेष उपचर्या (नर्सिंग) अर्थात्

रोगी के लिए विशेष रूप से रखी गई नर्स।

इस बात का उल्लेख कीजिये कि क्या वह

चिकित्सालय में रोगी के प्रभारी

अधिकारी की सलाह पर नियोजित थी या

शासकीय सेवक अथवा रोगी के निवेदन

पर नियोजित थी। पहली स्थिति में, रोगी के

प्रभारी चिकित्सा अधिकारी का प्रमाणपत्र, जो

चिकित्सालय के चिकित्सा अधीक्षक द्वारा

प्रतिहस्ताक्षरित किया गया हो संलग्न किया

जाना चाहिए

(नौ) कोई अन्य खर्च अर्थात् बिजली, पंखा,

हीटर, वातानुकूलित (एयरकंडीशनिंग)

आदि संबंधी खर्च का भी उल्लेख

कीजिये कि क्या निर्दिष्ट सुविधाएं

उन्हीं सुविधाओं का एक भाग हैं जो

सभी रोगियों के लिए सामान्य रूप से

4

उपलब्ध है और रोगी के लिये इस संबंध में कोई विकल्प नहीं था

टीप:- यदि उपचार शासकीय सेवक द्वारा अपने निवास स्थान पर कराया गया था तो ऐसे उपचार के ब्यौरे दीजिये, और प्राधिकृत चिकित्सा परिचारक का प्रमाणपत्र संलग्न कीजिये।

10. मांग (दावा) की गई कुल राशि

11. सहपत्रों की सूची

घोषणा, जिस पर शासकीय सेवक द्वारा हस्ताक्षर किए जायेंगे

मैं एतद्वारा घोषणा करता/करती हूँ कि इस आवेदन पत्र में दिए गए विवरण मेरी पूर्ण जानकारी एवं विश्वास के अनुसार सही है और यह कि जिस व्यक्ति पर चिकित्सा व्यय किया गया है, वह पूर्णतः मुझ पर आश्रित है।

तारीख201

शासकीय सेवक के हस्ताक्षर तथा
कार्यालय का नाम, जिससे वह संलग्न हैं।

प्ररूप-दो
आवश्यकता प्रमाणपत्र का प्ररूप
(नियम 13 (2) देखिए)

क- ऐसी औषधियों के मामले में, जो मेडीकल स्टोर्स डिपो की मूल्य सूची में शामिल नहीं हैं

प्रमाणित किया जाता है कि श्री/श्रीमती/कुमारी.....पिता/पति का नाम श्री.....
जो किमें नियोजित हैं, तारीख.....से.....तक अन्तःरोगी/बाह्यरोगी के
रूप मेंचिकित्सालय में.....(रोग का नाम) के लिए मेरे उपचार में रहे/रहीं और इस संबंध
में मेरे द्वारा निम्नलिखित औषधियां विहित की गईं। ये औषधियां न तो मेडीकल स्टोर्स की मूल्य सूची में शामिल हैं और
न ही ये ऐसी निर्मित वस्तुएं हैं जो प्रथमतः भोजन, प्रसाधन सामग्री या रोगाणुनाशी हों। ये औषधियां उपर्युक्त रोगी के
उपचार के लिए नितान्त आवश्यक थीं -

औषधियों के नाम

(1.)	.....	.....
(2.)	.....	.....
(3.)	.....	.....
(4.)	.....	.....
(5.)	.....	.....
(6.)	.....	.....

प्राधिकृत चिकित्सा परिचारक के हस्ताक्षर तथा पदनाम/
चिकित्सालय में प्रकरण के प्रभारी चिकित्सा अधिकारी के हस्ताक्षर

ख- ऐसी औषधियों के मामले में, जो मेडीकल स्टोर्स डिपो की मूल्य सूची में शामिल हैं-

मैं प्रमाणित करता हूँ कि श्री/श्रीमती/कुमारी.....पिता/पति का नाम श्री.....
जो किमें नियोजित हैं, तारीख.....से.....तक अन्तःरोगी/बाह्यरोगी के
रूप मेंचिकित्सालय में.....(रोग का नाम) के लिए मेरे उपचार में रहे/रहीं और इस संबंध में
मेरे द्वारा निम्नलिखित औषधियां विहित की गईं। ये औषधियां मेडीकल स्टोर्स की मूल्य सूची में शामिल हैं और वे स्टॉक
में नहीं हैं/.....चिकित्सालय में उपलब्ध नहीं हैं। (उसमें आधिस्वामिक (प्रोप्राइटरी) या अन्य प्रकार की ऐसी
कोई औषधि शामिल नहीं है जो कि उपर्युक्त मूल्य सूची के बाहर की हो और न वे ऐसी निर्मित वस्तुएं हैं जो प्रथमतः
भोज्य, प्रसाधन सामग्री या रोगाणुनाशी हों)

औषधियों के नाम (1)	पी.वी.एम.एस. नम्बर (2)	मूल्य (3) रु. पै.
(1.)		
(2.)		
(3.)		
(4.)		
(5.)		
(6.)		

प्राधिकृत चिकित्सा परिचारक के हस्ताक्षर और पदनाम/
चिकित्सालय में प्रकरण के प्रभारी चिकित्सा अधिकारी के हस्ताक्षर

4

ग-इन्सुलिन उपचार के मामले में

प्रमाणित किया जाता है कि श्री/श्रीमती/कुमारीपिता/पति/माता का नाम श्री/श्रीमती.....जो कि..... में नियोजित हैं, मेरे चिकित्सालय में मधुमेह के लिये मेरे उपचार में रहे/रहीं औरद्वारा विहित इन्सुलिन उस रोग की प्रारम्भिक अवस्था में चिकित्सालय में उपचार हेतु थी, जिसकी.....से.....तक की अवधि के लिए कोई प्रतिपूर्ति नहीं की गई और रोग में अन्य जटिलताएँ उत्पन्न हो जाने के कारण उसे चिकित्सालय में भर्ती करना आवश्यक हो गया था.

प्राधिकृत चिकित्सा परिचारक/
चिकित्सालय में प्रकरण के प्रभारी चिकित्सा अधिकारी

चिकित्सा व्यय की प्रतिपूर्ति दावे के साथ प्रस्तुत किया जाने वाला विवरण

Required under A. G. C. G. Memo P. P. IV 2478 Dated 30-12-61

25

FORM OF APPLICATION

See Rule 8 (1)

(N. B. Separate Form should be used for each patient)

1. Name and designation of the Government Servant
(in block letters)
2. Office in which employed
3. Pay of the Government servant as defined in the
Fundamental Rule and any other employment
which should be shown separately.
4. Place of duty
5. Actual residential address
6. Name of the patient and his/her relationship
of the Government servant
[N. B. in the case of children give the following information namely (state age also)]
 - (a) Total number of children alive
 - (b) Date of birth
 - (c) Serial number of the children
7. Place which the patient fell ill
8. Nature of illness and its duration
9. Details of the amount claimed

1. Medical attendant**(i) Fees for consultation including-**

- (a) The name and designation of the Medical Officer consulted and the hospital or dispensary to which attached.
- (b) The number and dates of consultations and fees paid for each consultation.
- (c) Whether consultation were held at the hospital at the consulting room of the Medical Officer or at the residence of the patient.

(ii) Charges for Pathological, Bacteriological, Radiological or other similar tests undertaken during diagnosis indicating -

- (a) The name of the hospital or laboratory where the tests were undertaken, and
- (b) Whether the tests were undertaken on the advice of the authorised medical attendant and if so, a certificate to that effect should be attached.

(iii) Cost of medicines purchased from the market.

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

2. Hospital treatment

Charges for hospital treatment indicating separately the charges for-

1. Accommodation (state whether it was according to the status or pay of Government servant and in cases where the accommodation is higher than the status of the government servant a certificate should be attached to the effect that the accommodation to which he was entitled was not available.
2. Diet
3. Surgical operation of medical treatment
4. Pathological, bacteriological, radiological or other similar tests indicating.
 - (a) The name of the hospital or laboratory at which undertaken, and
 - (b) Whether undertaken on the advice of Medical Officer incharge of the case at the hospital if so a certificate to that effect should be attached.
5. Medicines
6. Special Medicines
(List of medicines, cash memo and essentiality certificates should be attached)
7. Ordinary nursing
8. Special nursings, nurses specially engaged for the patient, state whether they were employed on the advice of the Medical Officer incharge of the case at the hospital or at the request of the Government servant or patient in the former case, a certificate from the M.O./C of the case one countersigned by the Medical Superintendent of the hospital should be attached.
9. Any other charges i.e. charges for electric lights, fans, heater, air-conditioning etc. State also whether the facilities referred to are a part of the facilities normally provided to all patient and no choice was left to the patients.

Note : If the treatment was received by the government servant at his residence give particulars of such treatment and attach a certificate from the authorised medical attendant.
10. Total amount claimed Rupees
11. List of enclosures

(Declaration to be signed by the Government Servant)

I hereby declare that the statements in this application are true to the best of my knowledge and belief and that the person for whom medical expenses were incurred wholly dependent upon the further that the medicines for which the claim is submitted have been purchased from the shops approved by the Government for the sector in which reside and where so purchased non-availability certificate duly issued by the approved shop is/are enclosed with this claim.

Date

.....
Signature of government servant
and office which attached

FROM II
FORM OF ESSENTIALITY CERTIFICATE

See Rule 8 (2)

A- In case of medicine not included in the period vocabulary of medical stores Depot

CERTIFIED that Shri/Smt./Kumari/ Son/wife
Daughter of Shri employed in the
has been under my treatment from to
for (Name of the disease) at the
hospital as an indoor/outdoor patient and that the undermentioned medicines have been prescribed by me in this connection are not included in the period vocabulary of the Medical Stores. These medicines were absolutely essential for treatment of the aforesaid patient.

Verified that the medicines has been purchased from the shop approved for the sector in which Shri/Smt./Kumari resides and wherever not so purchased non availability certificates duly issued by the approved shop has/have enclosed.

S. No.	Name of Medicines	Cost
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		

Signature and designation of the authorised
medical attendant signature of the Medical
Officer I/C of the case at the hospital

B- In case of medicines included in the priced vocabulary of medical store Depot

I CERTIFY that Shri/Smt./Kumari
Son/Wife/Daughter of Shri
employed in the
has been under my treatment for (Name of the disease)
at the hospital from to
as an indoor/outdoor patient and the undermentioned medicine have been prescribed by me in this connection. These medicines are out of stock/not available in the hospital. They do not include any medicines proprietary or otherwise out side the aforesaid priced vocabulary not are the preparations which are primarily food, toilets of disinfectants.

Verified that the medicines have been purchased from the shop approved for the sector in which Shri/Smt./Kumari resides and whenever not so purchased non availability certificate/duly issued by the approved shop have enclosed.

S. No.	Name of Medicines	P. V. M. S. No.	Cost
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			

Signature and designation of the authorised
medical attendant/Signature of the Medical Officer
I/C of the case at the hospital

C-In case of Insuling Treatment

CERTIFIED that Shri/Smt./Kumari
Son/Wife/ Daughter of Shri employed in the
has been under my treatment for diabetes at my hospital from to
and that insuline prescribed by the was for
treatment during the initial stage in the hospital of the disease for which no reimbursement has been made extending
over the period from the patient
having developed complications necessitating hospitalisation.

Authorised Medical Attendant/Medical
Officer I/C of the case of Hospital