

चिकित्सा प्रतिपूर्ति प्रपत्र

Medical Reimbursement Form

(प्रत्येक रोगी के लिए पृथक प्रपत्र भरें)

(Separate form should be filled for each patient)

बीमा स्थिति (हाँ/नहीं) : _____ यदि हाँ, तो बीमा पॉलिसी संख्या: _____

Insurance status (yes/ no) _____ If yes, Insurance policy number: _____

दिनांक/वैधता की अवधि : Date / duration of validity: _____

कर्मचारी का विवरण/Employee Details सम्पर्क संख्या/ Contact phone Number: _____

कर्मचारी का नाम Name of the Employee	कर्मचारी कोड. सं. Employee's Code No.	विभाग/केन्द्र/अनुभाग/एकक/ प्रकोष्ठ/कक्ष Deptt./ Centre/ Section/ Unit/ Cell	आवासीय डाक पता Residential postal address
कर्मचारी का पदनाम Designation of the Employee	वेतनमान Pay Scale	बैंक खता सं. Bank A/C No. (स्टेट बैंक/केनरा बैंक / SBI/Canara Bank)	

यदि सेवानिवृत्त कर्मचारी है तो निम्नलिखित विवरण भी भरें

If Retiree employee: please submit following details also

सेवानिवृत्त का वर्ष एवं माह _____ चिकित्सा आई.डी. सं
Month & Year of retirement: _____ Medical I.D. no.- _____

सेवानिवृत्त उपरान्त चिकित्सा योजना (PRMS) ली है (हाँ/नहीं)
Adopted Post Retirement Medical Scheme (PRMS) (yes/ no) _____

रोगी का विवरण (वैध चिकित्सा पुस्तिका के कवर पेज की छायाप्रति संलग्न करें)।

Patient Details (Attach photocopy of valid medical booklet front page)

रोगी का नाम/ Name of the Patient	चिकित्सा पुस्तिका कोड सं/ Medical Booklet Code No	कर्मचारी से आपका संबंध His/her Relationship to the employee	बच्चों के संबंध में आयु, जन्म तिथि तथा वैवाहिक स्तर का उल्लेख करें In the case of children, state age, date of birth and marital status	रोग का प्रकार तथा उसकी अवधि/ Nature of illness and its duration
	स्थान जहाँ रोगी अस्वस्थ हुआ Place at which the patient fell ill			

संस्थान कर्मचारी निम्नांकित घोषणा पर हस्ताक्षर करे।

DECLARATION TO BE SIGNED BY THE EMPLOYEE OF THE INSTITUTE

मैं घोषणा करता हूँ कि इस आवेदन पत्र में दिया गया विवरण मेरी अधिकतम जानकारी के अनुसार सत्य है और श्री/श्रीमती/कुमारी: _____ (सम्बन्ध) _____ जिनके चिकित्सीय उपचार पर यह खर्चा किया गया, मुझ पर पूर्णतः आश्रित हैं।

I hereby declare that the statements in this application are true to the best of my knowledge and that Mr./Mrs./Miss. _____ (Relation) _____ for Whose medical treatment expenses were incurred is wholly dependent upon me.

मांगी गई कुल राशि/ Total Amount Claimed: _____

(दिनांक सहित कर्मचारी के हस्ताक्षर/Employee Signature with date)

1. जाँच के लिए/ For Investigations

(प्राधिकृत चिकित्सक परामर्श की फोटोकापी सहित मूल बिल क्रम से संलग्न करें)

(Attach Original Bills along with photocopies of authorized doctor advice & arrange serially)

यदि स्थान अपर्याप्त है तो इसी प्रारूप अनुसार अतिरिक्त पृष्ठ संलग्न करें

If space is insufficient, kindly attached similar format page.

क्रम सं. Sl.No.	दिनांक Date	मूल बिल/कैश मीमों संख्या Original Bills / Cash Memo Number	केन्द्र/प्रयोगशाला/अस्पताल का नाम/Name of Centre / Lab / Hospital	जाँच का नाम Name of Investigation	राशि (₹.) Amount (Rupees)
1.					
2.					
3.					

जाँच के लिए माँगी गई कुल राशि

Subtotal Amount Claimed for investigations: _____

2. दवाइयों के लिए/ For Medicines

(प्राधिकृत चिकित्सक परामर्श की फोटोकापी सहित मूल बिल क्रम से संलग्न करें)

(Attach Original Bills along with photocopies of authorized doctor advice& arrange serially)

यदि स्थान अपर्याप्त है तो इसी प्रारूप अनुसार अतिरिक्त पृष्ठ संलग्न करें

If space is insufficient, kindly attached similar format page.

क्रम सं. Sl.No.	दिनांक Date	मूल बिल/कैश मीमो संख्या/ Original Bills / Cash Memo Number	कैमिस्ट/दवाई की दुकान का नाम Name of Chemist/ Pharmacy shop	दवाइयों का नाम Name of Medicines (स्पष्ट रूप से लिखें) (write in readable handwriting)	मात्रा Quantity	राशि (रु.) Amount (Rupees)

दवाइयों के लिए माँगी गई कुल राशि

Subtotal Amount Claimed for Medicines: _____

3. विविध के लिए माँगी गई राशि/Amount claimed for other

(प्राधिकृत चिकित्सक परामर्श की फोटोकापी सहित मूल बिल क्रम से संलग्न करें)
(Attach Original Bills along with photocopies of authorized doctor advice & arrange serially)
यदि स्थान अपर्याप्त है तो इसी प्रारूप अनुसार अतिरिक्त पृष्ठ संलग्न करें
If space is insufficient, kindly attached similar format page.

क्र.सं.	दिनांक					राशि (रु. में)	माँगी गई राशि
(क)		कमरा किराया Room Rent					
(ख)		परामर्श Consultation					
(ग)		ऑपरेशन/प्रक्रिया व्यय Operation/Procedure Charges					
(घ)		अन्य (विवरण) Other (Specify)					

विविध के लिए माँगी गई कुल राशि/Subtotal Amount Claimed for others: _____

कर्मचारी का नाम, कोड सं. /Employee's Name & Code _____

(दिनांक सहित कर्मचारी के हस्ताक्षर/
Employee Signature with date)

केवल भा.प्रौ.सं. अस्पताल के प्रयोग के लिए/ FOR IIT HOSPITAL USE ONLY

जाँच कर प्रविष्टि की गई/Scrutinized/ Checked & Entered by:

नाम एवं मोहर

Name & Stamp _____

हस्ताक्षर एवं दिनांक

Signature & date: _____

आयुर्वेदिक/होम्योपैथी/यूनानी

डाक्टर के हस्ताक्षर एवं मुहर (यदि लागू हो)

Sign & stamp of Ayurveda/Homeopathy/Unani Doctor

(Cross non admissible)

प्रभारी डॉ. प्रतिपूर्ति के हस्ताक्षर एवं मुहर

Sign & stamp of /Doctor In charge

Reimbursement

अध्यक्ष, अस्पताल सेवा

के हस्ताक्षर एवं मुहर

Sign & stamp of Head,

Hospital Service

केवल लेखा अनुभाग के लिए
For account section use only

नाम विभाग एवं कर्मचारी कोड:

Name, Department & Employee Code:

क्र.सं./ S.N.	मद/Items	मांगी गई राशि Amount Claimed	अनुमत राशि/ Amount allowed	टिप्पणी/कारण/ Remarks/Reason
1.	दवाई/Medicine			
2.	निरीक्षण/Tests			
3.	कमरा किराया/Room Rent			
4.	ऑपरेशन क्रिया विधि प्रभार आदि Operation/Procedure Charges etc.			
(क)	ऑपरेशन (शल्य चिकित्सा) /Operation			
(ख)	क्रियाविधि/Procedure			
(ग)	आई.सी.यू./सी.सी.यू./ICU/CCU			
(घ)	परामर्श/Consultation			
(ङ.)	अन्य (ब्यौरा दें)/Other (Specify)			
	योग/Total			

_____ रु. (_____ रु.) के लिए जाँच की गई तथा पारित किया गया और भारतीय स्टेट बैंक/केनरा बैंक, भा.प्रौ.सं. एक्सटेंशन सं. _____ में श्री/श्रीमती _____ के खाता सं. _____ में क्रेडिट किया गया।

Checked & Passed for Rs. _____ (Rupees _____) And credited to Account No. _____ of Shri / Smt. _____ in the State Bank of India, IIT Branch / Canara Bank, IIT Extension Counter on _____

संबंधित सहायक
Dealing assistant

लेखाकार
Accountant Assistant

सहायक कुलसचिव (लेखा)
Assistant Registrar(Accounts)

उपचार करने वाले अस्पताल / डॉक्टर से प्रमाणपत्र
CERTIFICATE FROM THE TREATING HOSPITAL / DOCTOR

(इन्डोर/भर्ती रोगियों, आयुर्वेद, यूनानी एवं होम्योपैथी उपचार के लिए)
(For Indoor/Admitted Patients , Ayurveda , Unani & Homeopathy treatment)

प्रमाणित किया जाता है कि भारतीय प्रौद्योगिकी संस्थान दिल्ली के श्री/सुश्री _____ का पुत्र/की
पुत्री/पत्नी श्री/सुश्री _____ (रोग) निदान के लिए अंतरंग रोगी के रूप
में _____ अस्पताल में मेरे उपचार के अन्तर्गत था/थी ।

Certified that Shri/Smt. _____ son/daughter/wife of Shri/Smt. _____ of Indian
Institute of Technology Delhi was under my treatment (diagnosis) as an
Indoor/outdoor patient at _____ Hospital Period of Hospitalization/ OPD : From _____ To

सभी बिलों/कैश मीमों पर मेरे हस्ताक्षर हैं।
All the bills / cash memos have been signed by me.

उपचार करने वाले फिजिशियन/सर्जन का नाम पदनाम तथा हस्ताक्षर
Signature & Name of Designation of treating Physician/Surgeon
कृपया इस जगह पर अपनी मुहर लगाएं
Please put your Stamp in this space:

उपचार करने वाले अस्पताल के चिकित्सा अधीक्षक के प्रतिहस्ताक्षर एवं मुहर
(Counter Signature & Stamp of Medical Superintendent of the Treating Hospital)

भर्ती रोगियों के लिए डिस्चार्ज शीट तथा अन्य संबंधित दस्तावेजों के साथ मूल विस्तृत बिल की फोटो
काँपी संलग्न करें।

**For admitted Patients, attached photocopies of discharge sheet & other
relevant documents with original detail bills**