

राष्ट्रीय जैविक संस्थान

स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय, भारत सरकार

यू.पी. नोएडा 201309

केन्द्रीय सरकार के कर्मचारी और उनके परिवारों की प्राधिकृत चिकित्सक/अस्पताल से चिकित्सा और/अथवा उपचार पर किए गए व्यय की राशि की प्रतिपूर्ति के लिए आवेदन

(बाहरी उपचार के लिए)

1. सरकारी कर्मचारी का नाम और पदनाम (साफ अक्षरों में) :
I) विवाहित या अविवाहित
ii) यदि विवाहित है तो वह स्थान जहाँ पति/पत्नी कार्यरत हैं :
2. कार्यालय/प्रभाग, जहाँ कर्मचारी कार्यरत है :
3. सरकारी कर्मचारी की मौलिक नियमावली के अनुसार वेतन तथा अन्य परिलब्धियां जिन्हें अलग से दिखाया जाए । :
4. कार्य- स्थान :
5. वास्तविक आवासीय पता :
6. रोगी का नाम तथा सरकारी कर्मचारी से उनका संबंध :
7. उस स्थान का नाम तथा जहाँ रोगी बीमार हुआ था :
8. (क) जिस चिकित्सा अधिकारी विशेषज्ञ से परामर्श लिया गया एवं उसके संबद्धता के अस्पताल अथवा डिस्पेंसरी का नाम :
(ख) परामर्शों की संख्या तथा तारीखें और प्रत्येक परामर्श के लिए अदा किया गया शुल्क :
(ग) निदान के लिए किए गए पैथालॉजिकल परीक्षण, वैक्टोरिलॉजिकल, रेडियोलॉजिकल अथवा अन्य जीवाणु विज्ञान, संबंधित परीक्षणों के प्रभार :
(जहाँ उपरोक्त परीक्षण किए गए, उस अस्पताल या प्रयोगशाला का नाम)
(घ) बाजार से खरीदी गयी दवाईयों की कीमत (रसीद संलग्न करें) :
9. दावा की गयी कुल राशि :
10. घटाए-ली गई अग्रिम की राशि :
11. कुल जोड़ :
12. अनुलग्नकों की सूची :

सरकारी कर्मचारी द्वारा हस्ताक्षर करने का घोषणा - पत्र

मैं घोषणा करता हूँ कि इस आवेदन में दिया गया विवरण मेरी जानकारी और विश्वास के अनुसार सही है और जिस व्यक्ति पर उक्त राशि व्यय की गई है, वे मेरे पर आश्रित हैं

**सरकारी कर्मचारी के हस्ताक्षर
कार्यालय**

तारीख: