

होटल प्रबंधन खान-पान एवं पोषाहार संस्थान, कुफरी, शिमला –171 012
Institute of Hotel Management Catering & Nutrition Kufri Shimla-171 012

चिकित्सा शुल्क प्रतिपूर्ति फार्म
Medical Charges Reimbursement Form

नाम और पदनाम/ Name and Designation : _____

कार्यालय जिसमें कार्यरत हैं /Office in which Employed: _____

मूल वेतन/Basic Pay: _____

रोगी का नाम एवं रोगी के साथ संबंध/
Name of Patient & Relation with the Claimant: _____

बीमारी की अवधि/Period of illness : _____

उपचार के विवरण /Particulars Of Treatment

आइटम का नाम/Item Names	शुल्क/Charges	कैश मेमो का विवरण/Details of Cash-Memo etc.
क) दवाओं के नाम /Medicines (Names)		

ख (प्रयोगशाला टेस्ट / परामर्श / एम्बुलेंस / कक्ष इंडोर(स्पष्ट करें) अन्य /
Laboratory Tests/Ambulance/Consultancy/Indoor Room/Others(Specify)

कुल दावा/Total Claim Rs. _____

अग्रिम राशी में कटौती /
Less Advance Drawn vide T/V No. _____ Dt. _____ Rs. _____

शुद्ध राशि देय/Net Amount Payable Rs. _____

P.T.O.

में यह घोषणा करता हूँ की इस आवेदन में जो बयान दिया गया है वह मेरी जानकारी के अनुसार सही है और जिस व्यक्ति पर चिकित्सा खर्च किया गया है वह मुझ पर पूरी तरह आश्रीत है.

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 is wholly dependent on me.

दिनांक/Date: _____

(दावेदार के हस्ताक्षर/Signature of Claimant)

सत्यापन प्रमाण-पत्र
VERIFICATION CERTIFICATE

में डॉ यह प्रमाणित करता हूँ की श्री/श्रीमती रोग से पीड़ित हैं और से तक उपरोक्त दवायें/परीक्षण इस संबंध में मेरे द्वारा निर्धारित की गई हैं।

I Dr. _____ hereby certify that _____ suffering from _____ and is/was under my treatment from _____ to _____ and that the above mentioned medicines/tests were prescribed by me in this connection.

दिनांक/Date:.....

(चिकित्सा अधिकारी के हस्ताक्षर/Signature of Medical Officer)

(पद नाम और सील/Designation & Seal)

पारित/Passed _____

(रुपए/Rupees _____)

और बिल संख्या में शामिल/and included in Bill No. _____ दिनांक/Dated: _____

(नियंत्रण अधिकारी के हस्ताक्षर)
(Signature of Controlling Officer)

(डीडीओ के हस्ताक्षर)
(Signature of the DDO)

निर्देश/Instructions

1. व्यक्तिगत रूप से सभी दवाएं, परीक्षण आदि की सूची बनाएं/List all the medicines, tests etc., individually.
2. संलग्न केश मेमो विधिवत सत्यापित/Attach Cash-memos duly verified
3. अस्पताल में दाखिले की तारीखों का उल्लेख, आदि रहो/Mention dates of admission to the Hospital, Stay etc