



महात्मा गांधी अंतरराष्ट्रीय हिंदी विश्वविद्यालय, वर्धा

चिकित्सा व्यय की प्रतिपूति

1. कर्मचारी का नाम :
2. पद नाम :
3. वेतनमान के तहत मूल :
4. विभाग एवं संस्था का नाम :
5. वैवाहिक स्थिति (विवाहित/अविवाहित) :
- क) पति/पत्नी का नाम :
- ख) क्या पति/पत्नी अन्य किसी सरकारी संस्था/संस्थान :
- में कार्यरत है? यदि हाँ, तो उस संस्था/संस्थान का नाम
- ग) क्या पति/पत्नी द्वारा वहाँ चिकित्सा सुविधा लाभ :
- लिया जा रहा है?
6. स्थानीय पता :
7. स्थायी पता :
8. रोगी का नाम और कर्मों के साथ उसका संबंध :
9. स्थान, जहाँ रोगी का उपचार हुआ :
10. चिकित्सा मद एवं उन पर व्यय राशि का विवरण :

क्र.सं.	जिन मदों पर राशि व्यय हुई, का विवरण	बिल/रसीद सं. का विवरण	व्यय राशि
क)	सलाह/विशेषज्ञ सलाह शुल्क		
ख)	पैथालॉजिकल एवं अन्य चिकित्सा जाँच पर व्यय		
ग)	दवाई खर्च		
घ)	अस्पताल भर्ती		
ङ)	शल्यक्रिया शुल्क		
च)	अन्य शुल्क		
व्यय एवं दावा की गयी कुल राशि			

11. चिकित्सा हेतु प्राप्त किया गया अग्रिम अंकों मेंशब्दों में.....
12. दावा की गई कुल राशि अंकों मेंशब्दों में.....
- में.....पदनाम..... सत्यापित करता/करती हूँ कि रोगी के.....रोग के उपचार हेतु मेरे द्वारा भरकर दिया गया कुल राशि (शब्दों में)का उपरोक्त दावा मेरी जानकारी एवं विश्वास के अनुसार सही है जिसके मूल बिल चिकित्सक की हिदायत की छायाप्रति सहित संलग्न हैं।

यह भी सत्यापित किया जाता है कि उक्त बिलों की राशि की प्राप्ति के लिए मेरे अथवा मेरे किसी परिजन द्वारा अन्यत्र कहीं दावा नहीं किया गया है। तथा मेरे परिजन जिसके लिए चिकित्सा दावा किया गया है, वह मुझ पर आश्रित हैं।

दिनांक :
स्थान :

कर्मचारी के हस्ताक्षर