



बीरबल साहनी पुराविज्ञान संस्थान

53 विश्वविद्यालय मार्ग, लखनऊ, 226007

चिकित्सा - दावा

सरकारी कर्मचारियों/पेंशनरों एवं उनके परिवारों के चिकित्सा/उपचार के संबंध में हुए व्यय के दावे के लिए

आवेदन पत्र का प्रारूप

1. कर्मचारी/पेंशनर का पदनाम
2. अनुभाग/प्रभाग का नाम बैंक खाता संख्या
3. मूल वेतन/ग्रेड पे
4. निवास स्थान का पता
5. मरीज का नाम और कर्मचारी/
पेंशनर से उसका संबंध
- (बच्चों के संबंध में उम्र का उल्लेख करें)
6. चिकित्सालय का नाम
7. कुल दावे की राशि

चिकित्सक

- (1) परामर्श शुल्क
- (2) परामर्श देने वाले चिकित्सा अधिकारी का नाम व पदनाम
- चिकित्सालय/डिस्पेंसरी
का नाम
- (3) इन्जैक्शनों की संख्या दिनांक
- (4) क्या चिकित्सा अधिकारी द्वारा परामर्श/इन्जैक्शन चिकित्सालय के परामर्श कक्ष/मरीज के निवास स्थान पर दिया गया था।
- (5) डाइग्नोसिस की अवधि में पैथोलोजिकल वेक्टरियोटा रेडियोलॉजिकल के परीक्षणों का शुल्क
रु० चिकित्सा/प्रयोगशाला का नाम जहाँ परीक्षण किये गये
.....
8. कुल दावे की राशि
9. अग्रिम राशि
10. शुल्क दावे की राशि संलग्न सूची

घोषणा

मैं यह प्रमाणित करता/करती हूँ की आवेदन पत्र में दी गयी सभी सूचनायें मेरी जानकारी और विश्वास के साथ सत्य हैं और व्यक्ति जिस पर उपचार हेतु व्यय किया है वह पूर्णरूप से आश्रित है।

स्थान :

दिनांक :

कर्मचारी/पेंशनर के हस्ताक्षर एवं नाम



बीरबल साहनी पुराविज्ञान संस्थान

53 विश्वविद्यालय मार्ग, लखनऊ, 226007

प्रमाण-पत्र "ए"

(उन मरीजों के द्वारा भरा जाना है जो अस्पताल में इलाज हेतु भर्ती न हों)

श्री/श्रीमती/कु0/डॉ0 पति/पत्नी/पुत्री/पुत्र/माता/पिता
श्री जो में पद
पर कार्यरत हैं को मैं, डॉ0 प्रमाण पत्र देता हूँ और
एतद्वारा प्रमाणित करता हूँ

- (अ) कि मैंने रू0 दिनांक को अपने परामर्श कक्ष/मरीज
के निवास स्थान पर/अस्पताल में परामर्श शुल्क के रूप में प्राप्त किया।
- (ब) कि मैंने दिनांक को अपने परामर्श/मरीज के निवास स्थान पर/अस्पताल में
अन्तः शिरा, अन्तः पेशी, अधस्त्वक सुई लगाने का शुल्क रू0 प्राप्त किया।
- (स) कि लगाई गई सुई प्रतिरक्षण का रोग निरोधक थे/नहीं थे।
- (द) कि मरीज अस्पताल/मेरे परामर्श कक्ष में इलाज हेतु रहा और
यह कि निम्नलिखित औषधियाँ मरीज को बीमारी की रोकथाम/पुर्नलाभ हेतु आवश्यक थीं वे औषधियाँ
..... (अस्पताल का नाम) वाह्य रोगी को
देने हेतु संचित नहीं की गई थी तथा अस्पताल में उपलब्ध अन्य सुविधायें जैसे प्राथमिक भोजन प्रसाधन या
जीवाणुनाशक औषधियाँ इसमें सम्मिलित नहीं की गई हैं।

क्र० सं०	औषधियों का नाम	मूल्य	औषधियों का नाम	मूल्य
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

- (य) कि मरीज से पीड़ित है/और मेरे इलाज हेतु दिनांक
से तक रहा है।
- (र) कि मरीज को प्रसव पूर्व तथा प्रसव पश्चात्/का इलाज नहीं दिया गया।
- (ल) कि एक्स-रे, प्रयोगशाला परीक्षण इत्यादि के लिए रूपये का व्यय हुआ जो कि
आवश्यक था और मेरे परामर्श पर अस्पताल में किया गया।
(अस्पताल/प्रयोगशाला का नाम)
- (व) कि मैंने मरीज को डॉ0 के पास विशेष परामर्श हेतु निर्दिष्ट किया।
- (स) कि मरीज का अस्पताल में भर्ती होना अपेक्षित नहीं था।

दिनांक :

सम्बद्ध अस्पताल के डॉक्टर का हस्ताक्षर व पद