

	आईएसओ 9001: 2015 दस्तावेज ISO 9001 : 2015 DOCUMENT		दस्तावेज सं./Doc. No: भासअनुसं/आईएस 15/20 /IIVR/IS 15/20
	भाकृअनुप-भारतीय सब्जी अनुसंधान संस्थान, वाराणसी ICAR-Indian Institute of Vegetable Research, Varanasi		दिनांक/Dated: 12/03/2018
	संशोधन सं. : 0.0 Revision No.: 0.0	निर्गम संख्या :1.0 Issue No.: 1.0	पृष्ठ सं. 4 का 1 Page No. 1 of 4

अंतरंग रोगी चिकित्सा व्यय की प्रतिपूर्ति हेतु आवेदन पत्र

1.	सरकारी कर्मचारी का नाम	:	
2.	पदनाम	:	
3.	प्रभाग/अनुभाग/ईकाई	:	
4.	वेतन स्तर/ग्रेड वेतन	:	
5.	i. विवाहित अथवा अविवाहित	:	
	ii. यदि विवाहित हैं, तो पति/पत्नी का कार्यस्थल	:	
6.	रोगी का नाम तथा सरकारी कर्मचारी से उसका संबंध	:	
7.	दावा की गई राशि का विवरण	:	
	क. रोगी को जिस अस्पताल में भर्ती किया गया उसका नाम।	:	
	ख. अस्पताल में भर्ती होने की तिथि तथा अस्पताल से छुट्टी होने की तिथि	:	
	ग. जिस कक्ष/वार्ड में रोगी भर्ती था भी उसका प्रकार	:	
	घ. जिस कक्ष/वार्ड में रोगी भर्ती था भी उसके लिए भुगतान की गई राशि।	:	
	ङ. कराए गए पैथोलॉजिकल, बैक्टीरियोलॉजिकल, रेडियोलॉजिकल अथवा अन्य समान जांचों के लिए भुगतान की गई राशि।	:	
	च. दवाओं के लिए भुगतान की गई राशि।	:	
	छ. शल्य चिकित्सा के लिए भुगतान की गई राशि (यदि कोई हो)	:	
	ज. अस्पताल में रहने के दौरान नर्सिंग एवं अन्य शुल्कों के लिए भुगतान की गई राशि।	:	
	झ. दावा की गई कुल राशि।	:	
8.	संलग्नकों की सूची	:	

	आईएसओ 9001: 2015 दस्तावेज ISO 9001 : 2015 DOCUMENT		दस्तावेज सं./Doc. No: भासअनुसं/आईएस 15/20 /IIVR/IS 15/20
	भाकृअनुप-भारतीय सब्जी अनुसंधान संस्थान, वाराणसी ICAR-Indian Institute of Vegetable Research, Varanasi		दिनांक/Dated: 12/03/2018
	संशोधन सं. : 0.0 Revision No.: 0.0	निर्गम संख्या :1.0 Issue No.: 1.0	पृष्ठ सं. 4 का 1 Page No. 1 of 4

APPLICATION FORM FOR REIMBURSEMENT OF IPD MEDICAL EXPENDITURE

1. Name of the Government Servant :
2. Designation :
3. Division/ Section/ Unit :
4. Pay Level/ Grade Pay :
5. i. Whether married or unmarried. :
- ii. If married the place where wife/
husband is employed :
6. Name of patient & his/her relationship with
the Govt. servant :
7. DETAILS OF THE AMOUNT CLAIMED :
 - a. Name of the Hospital where the patient
was admitted. :
 - b. The Date of admission and the Date of
discharge from the Hospital. :
 - c. Type of Room/ Ward in which the
Patient was admitted. :
 - d. Amount paid for the Room/ Ward in
which the Patient was admitted. :
 - e. Amount paid for the pathological
bacteriological, radiological or other
similar tests undertaken. :
 - f. Amount paid for the Medicines. :
 - g. Amount paid for surgery, if any. :
 - h. Amount paid for nursing and other
charges during stay in the Hospital. :
 - i. Total Amount claimed :
8. List of enclosures :

	आईएसओ 9001: 2015 दस्तावेज ISO 9001 : 2015 DOCUMENT		दस्तावेज सं./Doc. No: भासअनुसं/आईएस 15/20 /IIVR/IS 15/20
	भाकृअनुप-भारतीय सब्जी अनुसंधान संस्थान, वाराणसी ICAR-Indian Institute of Vegetable Research, Varanasi		दिनांक/Dated: 12/03/2018
	संशोधन सं. : 0.0 Revision No.: 0.0	निर्गम संख्या :1.0 Issue No.: 1.0	पृष्ठ सं. 4 का 2 Page No. 2 of 4

घोषणा

मैं एतद् द्वारा घोषणा करता/करती हूँ कि:

1. आवेदन पत्र में दिए गए विवरण मेरी जानकारी एवं विश्वास के अनुसार सत्य हैं।
2. प्रतिपूर्ति का दावा उसी राशि के लिए किया जा रहा है जो वास्तव में मेरे द्वारा व्यय की गई है।
3. जिस व्यक्ति के उपचार पर चिकित्सा व्यय किया गया है, वह पूर्णतः मुझ पर आश्रित है।
4. सभी बिल एवं वाउचर चिकित्सा प्राधिकारी द्वारा प्रतिहस्ताक्षरित किए गए हैं।

स्थान:

दिनांक:

कर्मचारी का हस्ताक्षर

संबंधित विभागाध्यक्ष/प्रभारी द्वारा अग्रेषित

(नाम, पदनाम एवं दिनांक सहित हस्ताक्षर)

सेवा में,

वरिष्ठ प्रशासनिक अधिकारी

भाकृअनुप- भारतीय सब्जी अनुसंधान संस्थान, वाराणसी

	आईएसओ 9001: 2015 दस्तावेज ISO 9001 : 2015 DOCUMENT		दस्तावेज सं./Doc. No: भासअनुसं/आईएस 15/20 /IIVR/IS 15/20
	भाकृअनुप-भारतीय सब्जी अनुसंधान संस्थान, वाराणसी ICAR-Indian Institute of Vegetable Research, Varanasi		दिनांक/Dated: 12/03/2018
	संशोधन सं. : 0.0 Revision No.: 0.0	निर्गम संख्या :1.0 Issue No.: 1.0	पृष्ठ सं. 4 का 2 Page No. 2of 4

DECLARATION

I hereby declare that:

1. The statements made in the Application are true to the best of my knowledge and belief.
2. The reimbursement is being claimed for the amount which has been actually incurred by me.
3. The person for whom medical expenses were incurred is wholly dependent upon me.
4. All the bills and vouchers have been countersigned by the Medical Authority.

Place:

Dated:

Signature of the Employee

Forwarded by concerned Head/ in-charge

(Name, Designation & Dated Signature)

To,

The Senior Admin.

Officer ICAR – IIVR, Varanasi.

	आईएसओ 9001: 2015 दस्तावेज ISO 9001 : 2015 DOCUMENT		दस्तावेज सं./Doc. No: भासअनुसं/आईएस 15/20 /IIVR/IS 15/20
	भाकृअनुप-भारतीय सब्जी अनुसंधान संस्थान, वाराणसी ICAR-Indian Institute of Vegetable Research, Varanasi		दिनांक/Dated: 12/03/2018
	संशोधन सं. : 0.0 Revision No.: 0.0	निर्गम संख्या :1.0 Issue No.: 1.0	पृष्ठ सं. 4 का 3 Page No. 3 of 4

आवश्यक प्रमाण पत्र-‘ब’

(उन रोगियों के मामले में भरा जाए जिन्हें उपचार हेतु अस्पताल में भर्ती किया गया हो)

श्री/श्रीमती/सुश्री/डॉ.....जोमें कार्यरत

श्री/श्रीमती/सुश्री/डॉ.की/के पत्नी/पुत्री हैं, को प्रमाण पत्र प्रदान किया गया।

भाग-क

में, डॉ.एतद् द्वारा प्रमाणित करता/करती हूँ कि:

क. रोगी को(चिकित्सा पदाधिकारी का नाम) की सलाह/मेरी सलाह पर
.....अस्पताल में भर्ती किया गया था।

ख. रोगी.....अस्पताल में उपचाराधीन रहा/रही तथा इस संबंध में मेरे द्वारा लिखी गई निम्नलिखित
दवाइयां रोगी की स्थिति को गंभीर रूप से बिगड़ने से रोकने हेतु/स्वास्थ्य लाभ हेतु आवश्यक थी।

क्र.सं.	औषधियों का नाम / नकद रसीद संख्या दिनांक सहित	कुल राशि (रु.में)
औषधियों हेतु कुल राशि		

ग. रोगी.....(मेरे अश्रुओं में) से पीड़ित है/था/थी तथा दिनांक से
तक मेरे उपचाराधीन था/थी

घ. लगाए गए इंजेक्शन रोग प्रतिरक्षण अथवा निरोधक प्रयोजनों हेतु थे/नहीं थे

	आईएसओ 9001: 2015 दस्तावेज ISO 9001 : 2015 DOCUMENT		दस्तावेज सं./Doc. No: भासअनुसं/आईएस 15/20 /IIVR/IS 15/20
	भाकृअनुप-भारतीय सब्जी अनुसंधान संस्थान, वाराणसी ICAR-Indian Institute of Vegetable Research, Varanasi		दिनांक/Dated: 12/03/2018
	संशोधन सं. : 0.0 Revision No.: 0.0	निर्गम संख्या :1.0 Issue No.: 1.0	पृष्ठ सं. 4 का 3 Page No. 3 of 4

ESSENTIAL CERTIFICATE 'B'

(To be completed in the case of Patients who are admitted in Hospital for Treatment)

Certificate granted to Mr./ Mrs./ Miss/ Dr./.....
Wife/son/Daughter of Mr./Mrs./ Dr..... Employed in the
.....

PART – A

I, Dr hereby certify that:

- a. That the Patient was admitted to.....Hospital** on the advice of (name of the Medical Officer)/ on my advice.
- b. That the patient has been under treatment at.....Hospital** and that the under mentioned medicines prescribed by me in this connection were essential for the recovery / prevention of serious deterioration in the condition of the patient. The medicines are not stocked in theHospital for supply to private patients and do not include proprietary preparations for which cheaper substances of equal therapeutic value are available nor preparations which are primarily foods, toilets or disinfectants:

Sl. No.	Name of the Medicines/ Cash Memo No. with Date	Total Amount (in Rs.)
TOTAL AMOUNT FOR MEDICINES		

- c. That the injections administered were/ were not for immunizing or prophylactic purposes.**
- d. That the patient is /was suffering from (in block letters) and is / was under my treatment from to**

	आईएसओ 9001: 2015 दस्तावेज ISO 9001 : 2015 DOCUMENT		दस्तावेज सं./Doc. No: भासअनुसं/आईएस 15/20 /IIVR/IS 15/20
	भाकृअनुप-भारतीय सब्जी अनुसंधान संस्थान, वाराणसी ICAR-Indian Institute of Vegetable Research, Varanasi		दिनांक/Dated: 12/03/2018
	संशोधन सं. : 0.0 Revision No.: 0.0	निर्गम संख्या :1.0 Issue No.: 1.0	पृष्ठ सं. 4 का 4 Page No. 4 of 4

- ड. जिन पैथोलॉजिकल, बैक्टीरियोलॉजिकल, रेडियोलॉजिकल अथवा अन्य परीक्षणों पर रु., का व्यय हुआ, वे आवश्यक थे तथा मेरे परामर्श पर (अस्पताल/प्रयोगशाला का नाम) में कराए गए।
- च. मैंने विशेषज्ञ परामर्श हेतु को बुलाया था तथा नियमों के अनुसार यथा आवश्यक की स्वीकृति प्राप्त कर ली गई थी।

अस्पताल में मामले के प्रभारी
चिकित्सा अधिकारी के हस्ताक्षर एवं पदनाम

भाग-ब

मैं प्रमाणित करता/करती हूँ कि रोगी अस्पताल में उपचाराधीन था/थी तथा विशेष नर्सों की सेवाएँ, जिन पर संलग्न बिलों एवं रसीदों के अनुसार रु. का व्यय हुआ, रोगी के स्वास्थ्य लाभ/ स्थिति में गंभीर गिरावट को रोकने हेतु आवश्यक थीं।

अस्पताल में मामले के प्रभारी
चिकित्सा अधिकारी के हस्ताक्षर एवं पदनाम

प्रतिहस्ताक्षरित

मैं प्रमाणित करता/करती हूँ कि रोगी अस्पताल में उपचाराधीन था/थी तथा उपलब्ध कराई गई सुविधाएँ रोगी के उपचार हेतु न्यूनतम आवश्यक थीं।

स्थान:

दिनांक:

अधीक्षक चिकित्सा अधिकारी का मुहर एवं हस्ताक्षर
..... अस्पताल

(टिप्पणी : जो प्रमाण-पत्र लागू न हों उन्हें काट दें। यह प्रमाण-पत्र अनिवार्य है तथा प्रत्येक मामले में चिकित्सा अधिकारी द्वारा भरा जाना आवश्यक है।)

	आईएसओ 9001: 2015 दस्तावेज ISO 9001 : 2015 DOCUMENT		दस्तावेज सं./Doc. No: भासअनुसं/आईएस 15/20 /IIVR/IS 15/20
	भाकृअनुप-भारतीय सब्जी अनुसंधान संस्थान, वाराणसी ICAR-Indian Institute of Vegetable Research, Varanasi		दिनांक/Dated: 12/03/2018
	संशोधन सं. : 0.0 Revision No.: 0.0	निर्गम संख्या :1.0 Issue No.: 1.0	पृष्ठ सं. 4 का 4 Page No. 4 of 4

- e. That the pathological, bacteriological, radiological or other similar tests for which an expenditure for Rs. was incurred were necessary and were undertaken on my advice at (Name of the hospital / Laboratory).
- f. That I called on Dr for specialist consultation and that the necessary approval of the as required under the rules was obtained.

**Signature and Designation of
the Medical Officer in charge
of the case at the Hospital**

PART-B

I certify that the patient has been under treatment at the
Hospital and that the service of the special nurses for which an expenditure of Rs.....
was incurred, vide bills and receipts attached, were essential for the recovery/ prevention of
serious deterioration in the condition of the patient.

**Signature and Designation of
the Medical Officer in charge
of the case at the Hospital**

COUNTERSIGNED

I certify that the patient has been under treatment at the
Hospital and that the facilities provided were the minimum which were essential for the patients
treatment.

Place:

**Seal and Signature of the
Medical Superintendent**

Dated:

.....Hospital

(Note: Certificates not applicable should be struck off. Certificate is compulsory and must be filled in by Medical Officer in all cases)