



## चिकित्सा दावा प्रपत्र / MEDICAL CLAIM FORM

कर्मचारी का आई.डी. नं. / Employee ID No.		पद नाम/ Designation	
कर्मचारी का नाम / Employee Name		विभाग/ Department	
निवास का पता / Residential Address		कैनरा बैंक का खाता क्र./ Canara Bank A/c. No.	
		मूल वेतन / Basic Pay	
रोगी का नाम एवं कर्मचारी से संबंध / Patient's Name and Relationship with the employee		रोगी के अव्यस्क होने की स्थिति में / In case Patient is a child कुल बच्चों की संख्या / Total No. of Children	
रोगी का व्यवसाय Patient's Occupation			
रोगी की मासिक आय Monthly Income of Patient		क्रमवार जन्म का क्रम / No. in order of Children	
बीमारी का प्रकार / Nature of illness		चिकित्सक का नाम / Name of Medical Officer	
बीमारी की अवधि / Duration of illness		चिकित्सालय / डिस्पेंसरी Hospital / Dispensary	

## कर्मचारी द्वारा घोषणा / Declaration of the Employee

I hereby declare that the statement in this application are true to the best of my knowledge and belief. I further declare that the person on whom medical expenditure were incurred is wholly dependent on me.

दिनांक / Date:

हस्ताक्षर / Signature

## दावा राशि का विवरण / Details of Amount Claimed

## A : परामर्श फीस एवं इन्जेक्शन चार्जेस / Consultation Fee &amp; Injection Charges

	परामर्श / इन्जेक्शन की संख्या No. of Consultations / Injections	परामर्श / इन्जेक्शन की तिथियां Dates of consultations / injections	राशि / Amount
1. परामर्श फीस / Consultaiton Fee			
2. इन्जेक्शन / Injection			

## B : एक्सरे, लैबोरेटरी एवं चिकित्सालय भुगतान / X - ray, Laboratory and Hospital Charges

स. क्र. / No.	लेब / चिकित्सालय का नाम / Lab/Hospital Name	कैश मेमो / Cash Memo		परीक्षण कोड Investigation Code (CGHS)	परीक्षण का नाम / Name of Investigation	राशि / Amount
		क्रमांक / No.	दिनांक / Date			
1	2	3	4	5	6	7

**C : दवाईयों एवं सर्जिकल / Medicines & Surgical**

स. क्र. / No.	मेडिकल/सर्जिकल स्टोर का नाम / Name of Medical/Surgical Store	कैश मेमो / Cash Memo		संख्या / Quantity	दवाईयों एवं सर्जिकल का नाम / Name of Medicines/Surgical	राशि / Amount	
		क्रमांक / No.	दिनांक / Date			7	
1	2	3	4	5	6	7	

कर्मचारी द्वारा प्रस्तुत कुल क्लेम राशि / Total Amount Claimed by an Employee :

अंकों में / In Fig.	₹	शब्दों में / In Words
------------------------	---	--------------------------

संलग्नक/ Enclosures

**चिकित्सक / चिकित्सालय का प्रमाणपत्र / Certificate by Doctor/Hospital**

Certified that the patient mentioned at form had been under my treatment as indoor/outdoor patient and the mentioned medicines, surgicals and investigations had been prescribed were absolutely essential for the treatment of the patient.

दिनांक / Date:

चिकित्सक के हस्ताक्षर पदमुद्रा सहित  
/ Signature of Doctor with Seal

**कार्यालयीन उपयोग हेतु / For Office Use only**

**Dispensary (डिस्पेन्सरी)**

Certified that the patient have been undertaken indoor/outdoor treatment on my advice for which expenditure of ₹ \_\_\_\_\_ was essential for recovery/prevention of the patient.

चिकित्सा अधिकारी /  
Medical Officer

**DEDUCTIONS**

- Inadmissible Medicines
- Doctor's Fee
- .....
- .....

**TOTAL CLAIM**

₹.....  
₹.....  
₹.....  
₹.....

₹.....

Total deductions

Net Payable Amount

₹.....

₹.....

Cash Memos and receipt have been checked and verified for Rs. \_\_\_\_\_

Rupees \_\_\_\_\_ )

Checked by

Supdt.

Accounts Officer

टीप / Note :

- प्रत्येक रोगी के लिए पृथक - पृथक फार्म भरें / Separate form should be used for each patient.
- दवाईयों, कैश मेमो, परीक्षण रिपोर्ट एवं आवश्यक दस्तावेज संलग्न करें / List of Medicines, cash memos, investigation reports and essential documents should be attached sequentially.
- सभी कॉलम अनिवार्य रूप से भरें All the columns are mandatory to fill