



भाकृअनुप-राष्ट्रीय प्राकृतिक रेशा अभियांत्रिकी एवं प्रौद्योगिकी संस्थान
ICAR-NATIONAL INSTITUTE OF NATURAL FIBRE ENGINEERING AND TECHNOLOGY

12, रीजेंट पार्क, कोलकाता - 700 040, 12, Regent Park, Kolkata - 700 040.

☎: +91-33-2471-4812; ☎: +91-33-2471-2583;

✉:director.nirjaft@icar.gov.in; nirjaft.scu@gmail.com 🌐: www.nirjaft.res.in

डाक्टररी इलाज पर हुए डाक्टररी खर्चों की वापसी का दावा करने का आवेदन पत्र

Form of application for claiming refund of medical expenses incurred in connection with medical treatment

ध्यान दीजिए : हर रोगी के लिए अलग फार्म भरा जाना चाहिए

N.B. Separate form should be used for each patient

1. सरकारी कर्मचारी का नाम और पद (साफ अक्षरों में) :
Name and designation of the Govt. Servant (in block letters)
 - i) क्या विवाहित अथवा अविवाहित है :
Whether married or Unmarried
 - ii) यदि विवाहित है, तो पति/पत्नी कहाँ कार्यकर रहे हैं :
If married the place where wife/husband is employed
2. किस कार्यालय में काम कर रहा है : राष्ट्रीय पटसन एवं समवर्गी रेशा प्रौद्योगिकीय अनुसंधान संस्थान
Office in which employed National Institute of Research on Jute & Allied Fibre Technology
3. आधारभूत नियमों में वेतन की दी गई परिभाषा के अनुसार :
सरकारी कर्मचारी का वेतन यदि अन्य कोई परिलब्धियाँ हो तो :
उन्हे अलग से दिखाया जाना चाहिए ।
Pay of the Govt. Servant as define in the Fundamental Rules,
and any other emoluments. Which should be shown separately.
4. नौकरी का स्थान : राष्ट्रीय पटसन एवं समवर्गी रेशा प्रौद्योगिकीय अनुसंधान संस्थान
Place of duty National Institute of Research on Jute & Allied Fibre Technology
5. निवास का वास्तविक पता :
Actual residential Address
6. रोगी का नाम और सरकारी कर्मचारी से उसका संबंध :
Name of the patient and his/her relationship to the Govt.
Servant
7. रोगी किस स्थान पर बीमार पड़ा :
Place at which the patient fell ill
8. दावे की रकम का ब्यौरा :
Details of the amount claimed

I. डाक्टररी परिचर्चा MEDICAL ATTENDANCE

- क) जिस चिकित्सा अधिकारी से परामर्श लिया गया है, उसका नाम :
योग्यता और पद तथा उस अस्पताल या औषधालय का नाम
जिससे वह अधिकारी सम्बद्ध है ।
 - a) The name, qualifications and designation of the Medical
Officer consulted and the hospital or dispensary to which
attached.
- ख) कितनी बार और किस-किस तारीख को परामर्श लिया गया और :
हर परामर्श के लिए कितनी-कितनी फीस दी गई है ।
 - b) The number and dates of consultations and the fee paid for
each consultations.
- ग) कितनी सुईयाँ किन-किन तारीखों को लगी और हर सुई के लिए :
कितनी फीस देनी पड़ी ।
 - c) The number & dates of injections and fee paid for each
consultations.
- घ) क्या परामर्श और/या सुईयाँ अस्पताल में ली गई या चिकित्सा :
अधिकारी के परामर्श कक्ष में या रोगी के निवास स्थान पर
 - c) Whether consultations and/or Injections were had at the
hospital, at the consulting room of the medical officer or at the
residence of the patient.
- II. रोगी का निदान करते समय किए गए विकृति वैज्ञानिक, जीवाणु :
वैज्ञानिक, विकिरण वैज्ञानिक और ऐसे ही दूसरे परीक्षण का खर्च
के लिए निम्नलिखित बाते बतलाएं
Charge for pathological, bactrological or other similar tastes
undertaken during diagnosis indicating
- क) अस्पताल या प्रयोगशाला का नाम जहाँ परीक्षण हुए है :
 - a) The name of hospital or laboratory whether the tests were
undertaken
- ख) क्या वे परीक्षण प्राधिकृत चिकित्सा परिचारक की सलाह पर हुए, :
यदि हाँ तो उसका प्रमाण पत्र इसके साथ लगाएं
 - b) Whether the tasts were undertaken on advice of the authorized
medical attendance. If so a certificate to that effect should be
attached.

- ग) बाजार से खरीदी गई दवाओं का मूल्य (दवाओं की सूची, नकद पत्र और अत्यावश्यकता प्रमाण पत्र साथ लगाएं) :
- c) Cost of medicines purchased from the market (List of medicines : cash memo and the essentiality certificates should be attached) .

III विशेषज्ञ से परामर्श CONSULTATION WITH SPECIALIST :

प्राधिकृत चिकित्सा परिचारक के अतिरिक्त किसी और विशेषज्ञ या चिकित्सा अधिकारी का परामर्श लेने के लिए दी गई फीस Fees paid to a specialist or a Medical Officer other than the authorized medical attendant.

- क) उस विशेषज्ञ या चिकित्सा अधिकारी का नाम जिसका परामर्श लिया गया और यह विशेषज्ञ या चिकित्सा अधिकारी किस अस्पताल से संबंधित है ।
- a) The name and designation of the specialist or medical officer consulted and the hospital to which attached
- ख) कितनी बार और किन-किन तारीखों को परामर्श लिया गया और हर परामर्श के लिए कितनी फीस दी गई ।
- b) Number and dates of consultation and the fee charged for each consultations.
- ग) क्या परामर्श विशेषज्ञ या चिकित्सा अधिकारी के परामर्श कक्ष में लिया गया था, अस्पताल में अथवा रोगी के निवास पर
- c) Whether consultation was had at the hospital at the consulting room of the specialist or medical officer or at the residence of the patient.
- घ) क्या विशेषज्ञ या चिकित्सा अधिकारी की सलाह प्राधिकृत चिकित्सा परिचारक की राय से ली थी और क्या प्रान्त के मुख्य प्रशासनिक चिकित्सा अधिकारी की पूर्व स्वीकृति इसके लिए प्राप्त कर ली गई थी । यदि हाँ तो इसके लिए प्रमाण-पत्र लगाएं ।
- d) Whether the specialist or Medical Officer was consulted on the advice of the A.M.A. and the prior approval of the chief Administrative Medical Officer of the state was obtained. If so, a certificate to that effect should be attached.

रु.Rs.....

- 9) कुल कितनी धनराशि का दावा है
Total amount claimed
- 10) अनुलग्नकों की सूची
List of enclosures
- 11) स्वतः इलाज के लिए यदि कोई छुट्टी ली तो उसकी अवधि
Period of leave availed, if any, in case of self treatment

इस घोषणा पर सरकारी कर्मचारी हस्ताक्षर करें DECLARATION TO BE SIGNED BY THE GOVERNMENT SERVANT

मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रार्थना पत्र में दिया गया बयान मेरी जानकारी और विश्वास के अनुसार ठीक है और जिस व्यक्ति के ऊपर चिकित्सा व्यय किए गए हैं, वह पूर्णतः मेरे ऊपर आश्रित है ।

प्रमाणित किया जाता है कि मेरे माता/पिता प्रायः मेरे साथ रहते हैं और वे पूर्णतः मेरे ऊपर आश्रित हैं । उनकी आय रु. है । यह भी प्रमाणित किया जाता है कि कोपरेटिव स्टोर्स उपर्युक्त क्रमांक -5 पर दिए गए मेरे आवास से 6 किलोमीटर के घेरे में 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 upon me.

Certified that my father/mother generally resides with me and wholly dependent on me. He/She has income for Rs.....
Certified that on Co-Operative Stores exist within 6 Kilometer radius from my residence as SL 5 above.

सरकारी कर्मचारी के हस्ताक्षर और कार्यालय जिसमें वह काम कर रहा है
Signature of the Government Servant And office to which attached

(3)

राष्ट्रीय पटसन एवं समवर्गी रेशा प्रौद्योगिकी अनुसंधान संस्थान (भा.कृ.अनु.पृ) में नियुक्त श्री/श्रीमती/डॉ.....
..... के पत्नी/पुत्र/पुत्री/माता/पिता श्री/श्रीमती/डॉ..... को
दिया गया प्रमाण पत्र ।

Certificate granted to Shri/Shrimati/Dr..... Wife/Son/
Daughter/Mother/Father of Shri/Shrimati/Dr..... employees etc. National
Institute of Research on Jute and Allied Fibre Technology (ICAR).

प्रमाण पत्र - 3 क CERTIFICATE 3A

(उन रोगियों के मामले में भरा जाए जिन्हे इलाज के लिए अस्पताल में भर्ती न किया गया हो)
(To be completed in the case of patients who are not admitted to hospital for treatment)

मैं, डॉ. इसके द्वारा प्रमाणित करता हूँ कि मैंने अपने परामर्श कक्ष
में/ओपीडी होस्पिटल/रोगी के निवास स्थान पर दिनांक को
परामर्शों के लिए रुपए प्रभारित किए और प्राप्त किए ।

I, Dr. hereby certify that I charged
Rs..... for consultation on at my consulting
room/at the O.P.D./Hospital at the residence of patient.

कि मैंने अपने परामर्श कक्ष में/रोगी के निवास स्थान पर दिनांक.....
को अन्तः पेशी/अध्स्त्वक् इंजेक्शन देने के लिए रु. प्रभारित किए और प्राप्त किए ।

That I charged and received Rs..... for administering inter-venous/inter-muscular/sub-authorities injection on
..... at my consulting room/at O.P.D. Hospital/at the residence of the patient.

कि रोगी का इलाज..... अस्पताल में/मेरे परामर्श कक्ष में
हुआ है और इस संबंध में दी गई निम्नलिखित औषधें रोगी की हालत को ठीक करने/गम्भीर रूप से खराब होने से रोकने के लिए अनिवार्य थी । ये
आषधें अस्पताल में प्राइवेट रोगियों को देने के लिए स्टॉक नहीं की जाती और उनमें वे परेंट (एकायत) योग
शामिल नहीं हैं जिनके लिए समान चिकित्सा मान के सस्ते द्रव्य उपलब्ध है न ही वे योग जो मूलतः खाद्य, श्रृंगार सामग्री अथवा निःसंक्रामक है ।

That the patient has been under treatment at Hospital/my consulting
room/her/his residence 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 the
For the private patient and do not include proprietary preparation for which cheaper substance of equal therapeutic value are available in the
preparation which are primarily foods, toilets or disinfectants.

औषधि का नाम (साफ अक्षरों में)
Name of the medicines (in block letters)

परिमाण
Quantity

कीमत
Price

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.
- 6.
- 7.
- 8.
- 9.
- 10.

(4)

कि रोगी से पीड़ित है/था और से तक मेरे इलाज में है/था ।

That the patient is/was suffering from and is/was under my treatment on/from to

कि रोगी की जन्म पूर्व अथवा जन्मोत्तर चिकित्सा नहीं की गई है/थी ।
That the patient is/was not given prenatal or post natal treatment.

कि जिन एक्सरे, प्रयोगशाला में जाँच आदि के लिए..... रूप खर्च किए थे वे आवश्यक थे और मेरी सलाह से में किए गए ।

That the X-ray laboratory tests etc. for which an expenditure of Rs..... was incurred were necessary and undertaken on the advice at

कि मैंने रोगी को विशेष परामर्श के लिए डॉ. के पास भेजा था और का नियमों के अनुसार यथापेक्षित आवश्यक अनुमोदन प्राप्त कर लिया गया था । (राज्य के मुख्य प्रशासनिक चिकित्सा अधिकारी का नाम)

That referred the patient to Dr..... attached to Hospital for specialist consultation and the necessary approval of the (name of the Chief Administrative Medical Officer of the State)

i) कि रोगी का अस्पताल में रखना आवश्यक नहीं था/आवश्यक था ।
That the patient is not required/required hospitalization.

ii) मैं प्रमाणित करता हूँ कि इस बीमारी का चिरकालिक इलाज लेना है/लेना नहीं है और मेरी राय में किसी भी सरकारी/मान्यताप्राप्त अस्पताल में वाह्य में इलाज लेना इसका आवश्यक है/नहीं है ।
Certified that I consider/do not consider this case on prolong treatment and in my opinion this case requires/does not require a treatment at the O.P.D. of any Government/recognized hospital

चिकित्सा अधिकारी के हस्ताक्षर एवं योग्यता
Signature of the Medical Officer Qualification of the Medical Officer

पदनाम Designation

अस्पताल/चिकित्सालय जिससे सम्बद्ध है
Hospital/Dispensary to which attached

तारीख Date

विशेष ध्यान दे :- जो प्रमाण पत्र लागू न हों वे काट दिए जाने चाहिए/प्रमाण पत्र -3 अनिवार्य है और चिकित्सा अधिकारी द्वारा उसे सभी मामलों में भरा जाना चाहिए । (साफ अक्षरों में)

N.B. Certificate not applicable should be struck off, Certificate (3) is compulsory and must filled in by the Medical Officer in all cases (in Block letter)

MEDICAL CERTIFICATE OF FITNESS ON FIRST ENTRY INTO SERVICE

I hereby certify that I have examined Dr./Shri.....
Whose signature is given below, and cannot discover that he has any disease communicable or otherwise, constitutional weakness or bodily infirmity, except
I do not consider this is a disqualification for employment in the office of the National Institute of Research on Jute Allied Fibre Technology, Indian Council of Agricultural Research, 12, Regent Park, Kolkata – 700040.

Dr./Shri ‘s age is according to his own statement And by appearance about years.

Signature of Candidate

Date :

Doctor’s Signature

Date :