

**भारतीय प्रौद्योगिकी संस्थान मण्डी, मण्डी(हिमाचल प्रदेश)-175001**

INDIAN INSTITUTE OF TECHNOLOGY MANDI, Mandi(H.P.)-175001

**चिकित्सा व्यय की प्रतिपूर्ति के लिए व्यय****APPLICATION FOR REIMBURSEMENT OF MEDICAL EXPENSES****(भीतरी रोगी के लिए/FOR INDOOR PATIENT)**

1. नाम व पद/Name & Designation : \_\_\_\_\_
2. कर्मचारी संख्या/Employee No. : \_\_\_\_\_
3. विद्यालय व कार्यालय नाम/Name of School/Office : \_\_\_\_\_
4. बैंक लेखा संख्या/Bank Account No. : \_\_\_\_\_
5. दूरभाष संख्या/Telephone No. : \_\_\_\_\_
6. (क) रोगी का नाम व आयु/Name of Patient and Age : \_\_\_\_\_  
(ख) कर्मचारी के साथ सम्बन्ध/Relation with employee: \_\_\_\_\_
7. दावे की राशि/Amount Claimed : \_\_\_\_\_  
(क)अग्रिम यदि हों/Advance if any : \_\_\_\_\_  
(ख)प्रतिपूर्ति के लिए कुल दावा/Total Claim for Reimbursement: \_\_\_\_\_
8. सलगन वाउचरों की संख्या/No. of Vouchers Enclosed : \_\_\_\_\_

I hereby confirm that the above information furnished by me is true to the best of my Knowledge  
मैं यहां पर यह पुष्टि करता हूँ कि मेरी जानकारी के अनुसार मेरे द्वारा दी गई उपरोक्त सूचना सत्य है तथा  
and belief and the person for whom medical expenditure has been incurred is fully dependent on me.  
वह व्यक्ति जिसके लिए चिकित्सा का व्यय किया गया है वह पूर्णतया मुझ पर निर्भर है :

दिनांक/Date :

स्थान/Place : (कर्मचारी के हस्ताक्षर/Signature of Employee)

**भारतीय प्रौद्योगिकी संस्थान मण्डी, मण्डी(हिमाचल प्रदेश)-175001****INDIAN INSTITUTE OF TECHNOLOGY MANDI, Mandi(H.P.)-175001**

प्रमाणित किया जाता है कि डॉ/श्री/श्रीमती/कु. \_\_\_\_\_ को अस्पताल में इलाज के लिए दिनांक \_\_\_\_\_

Certified that Dr./Shri/Smt./Km./ \_\_\_\_\_ was referred for treatment in hospital on

को भेजा गया था जहां वह दिनांक \_\_\_\_\_ से दिनांक \_\_\_\_\_ तक उपचाराधीन रहा/रही।

\_\_\_\_\_(Date of referral)where he/she remained under treatment from \_\_\_\_\_  
to \_\_\_\_\_

(क) रोगी को जिन दवाईयों को लेने की सलाह दी गई थी वे आवश्यक थी। उन दवाईयों के सत्यापित वाउचर संलग्नित किये गए हैं

(a) The medicines which were prescribed for the patient stated above were necessary. The vouchers of those medicines are attached herewith after due verification.

(ख) संस्थान के भण्डार में सुझाई गई दवाई उपलब्ध नहीं थीं। वे भोजन,कास्मेटिक्स तथा कीटनाशक की सूची में नहीं आती हैं।

(b) Prescribed medicines were not available in stock of Institute. They do not come under the category of food, cosmetics or pesticides drugs list.

(ग) अस्पताल द्वारा जांच किए गए वाउचरों की तुलना उपरोक्त वाउचरों से की गई अतः इनकी सत्यता प्रमाणित की जाती है।

(c) The vouchers verified by the hospital have been compared with the above stated vouchers and are certified to be true.

- (घ) डॉ./श्री/श्रीमती/कु. \_\_\_\_\_ को ₹ \_\_\_\_\_ (शब्दों में ₹ \_\_\_\_\_) किये गए चिकित्सा व्यय के प्रति भुगतान की अनुमति दी जाती है तथा दावा लेखा परीक्षा व लेखा शाखा को भुगतान के लिए आवश्यक कार्यवाई हेतु प्रेषित किया जाता है।
- (d) Dr./Sh./Smt./Km./ \_\_\_\_\_ is hereby allowed ₹ \_\_\_\_\_ (in words ₹ \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_) towards reimbursement of medical expenses incurred and the claim is forwarded to Audit and Accounts Wing for necessary action for payments.
- (ङ) दवाईयों का विवरण मूलभूत प्रमाण पत्र में दिया गया है।
- (e) Detail of medicines has been given in the essentiality certificates.

**चिकित्सा अधिकारी/Medical Officer**  
**भा.प्रौ.सं.मण्डी/ IIT Mandi**

कृपया निम्नलिखित की जाँच करे जिनके बिना दावा अधूरा माना जाएगा:

Please check the following in the absence of which the claim will be treated as incomplete.

- (क) दवाइयों के सभी बिल तथा परीक्षणों के बिल उपचार कर रहे फिजीशियन द्वारा जाँच किये गये हैं।
- (a) All the bills of Medicines and Tests duly verified by treating Physician.
- (ख) उपचार कर रहे डॉक्टर का नुस्खा।
- (b) Prescription of the treating Doctor.
- (ग) रोगविज्ञानी परीक्षण तथा एक्स-रेज जिनके लिए दावा किया जा रहा है की फोटो प्रतियां।
- (c) Xerox copies of all the pathological tests and X-rays for which the claim is being made.
- (घ) इस फॉर्म के तीन पृष्ठ हैं।
- (d) This form has three pages.

<b>लेखा परीक्षा/AUDIT</b>	<b>लेखा/ACCOUNTS</b>
<p>पूर्व लेखा परीक्षा की गई ₹.....</p> <p>Pre-audited for ₹.....</p> <p>वित्तीय वर्ष .....</p> <p>Financial Year .....</p>  <p><b>सहायक कुल सचिव (लेखा परीक्षा व लेखा)</b></p> <p>AR (Audit &amp; Accounts)</p>	<p>अदायगी के लिए पारित ₹.....</p> <p>Passed for payment ₹.....</p> <p><b>बैंक लेखा सं. जिसमें स्थानान्तरित.....</b></p> <p>Transferred in the bank a/c on.....</p> <p><b>चैक सं. व दिनांक.....</b></p> <p>Cheque no.&amp; date;.....</p> <p>(यदि चैक द्वारा भुगतान किया/if paid by cheque)</p>  <p style="text-align: center;"><b>वित्त व लेखा अधिकारी/कुल सचिव</b></p> <p style="text-align: center;">F&amp;AO/ Registrar</p>

**नोट/Note:-**

- (क) ₹ 5000 तथा अधिक के दावे हेतु रसीदी टिकट लगायें।
1. Affix revenue stamp for claim of Rs. 5000/- or more.
- (ख) तीन महीने के अन्दर दावे को अवश्य प्रस्तुत करें।
2. Submit your claim within the period of three months positively.
- (ग) पूर्व लेखा परीक्षा के बिना दावे की प्रतिपूर्ति नहीं होगी।
3. No claim will be reimbursed unless pre-audited.

## अनिवार्य प्रमाण पत्र/ESSENTIALITY CERTIFICATE

(अस्पताल में भर्ती हुए रोगियों के मामले में पूरा किया जाए )

(To be completed in the case of patients who are admitted to hospital for treatment)

डॉ./श्री/श्रीमती/कु. पुत्र/पुत्री/पत्नी श्री जो भा.प्रौ.सं. मण्डी में नियुक्त है  
को प्रमाण पत्र दिया जाता है ।

Certificate granted to Dr./Mr./Mrs./Miss son/daughter/wife of  
Mr. employed in the Indian Institute of Technology Mandi.

मैं, डॉ. सत्यापित करता हूँ कि :

I, Dr. hereby certify that -

(क) रोगी अस्पताल/मेरे परामर्शी कमरे में उपचाराधीन रहा तथा निम्नलिखित दवाईयां जो मैंने निर्धारित

(a) the patient has been under treatment at hospital/my consulting room and that the  
की है 'वे उपचार हेतु अनिवार्य थी' ।

undermentioned medicines prescribed by me in this connection were essential for the recovery.

क्रमांक/Sr. no.	दवाईयों के नाम/Name of medicines	मूल्य (₹)/Price(₹)
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		
11.		
12.		
13.		
14.		
15.		

नोट: यदि दवाईयों की संख्या ज्यादा हो तो कृपया अलग शीट लगाएं ।

**Note:- If the number of medicines is more, please attach separate sheet.**

(क) रोगी से पीड़ित है/था तथा दिनांक से तक उपचाराधीन है/था ।

a) The patient is /was suffering from.....and is /was under my treatment  
from.....to.....;

(ख) एक्स-रेज, प्रयोगशाला परीक्षण आदि जिनके लिए ₹ का व्यय किया गया अनिवार्य थे तथा

b) The X-ray, laboratory tests, etc., for which an expenditure of Rs..... was incurred was necessary  
मेरे परामर्श से (अस्पताल या प्रयोगशाला का नाम) में करवाये गए ।  
and were undertaken on my advice at ..... (name of the hospital or laboratory);

चिकित्सा अधिकारी के हस्ताक्षर/Signature of the Medical Officer  
अस्पताल प्रभारी/Incharge of the Hospital