

भारतीय प्रौद्योगिकी संस्थान मण्डी, कमान्द(हिमाचल प्रदेश)-175005**INDIAN INSTITUTE OF TECHNOLOGY MANDI, Kamand(H.P.)-175005****चिकित्सा व्यय की प्रतिपूर्ति के लिए आवेदन****APPLICATION FOR REIMBURSEMENT OF MEDICAL EXPENSES****(केवल वाह्य रोगी के लिए/FOR OUTDOOR PATIENT ONLY)**

(कृपया इस फॉर्म का पृष्ठ-1 भरें, बिल नुस्खे आदि संलग्न करें तथा भा.प्रौ.सं. मण्डी के चिकित्सा अधिकारी को जांच हेतु प्रस्तुत करें)
(Please fill in page-1 of this form, attach bills, prescription etc. and submit to the IIT Medical Officer for processing.)

- नाम व पद/Name & Designation : _____
- कर्मचारी संख्या/Employee No. : _____
- विद्यालय/कार्यालय का नाम/Name of School/Office : _____
- (क) रोगी का नाम व आयु/Name of Patient and Age: _____
(ख) कर्मचारी के साथ सम्बन्ध/ Relation with employee: _____
- दावे की राशि निम्नलिखित विवरणानुसार : _____
Amount Claimed as per following details : _____

क्रमांक/ Sr. no.	आपूर्तिकर्ता का नाम,कैश मीमो नं. तथा दिनांक/ Name of supplier, cash memo no. & date	दवाईयों,परामर्शों/परीक्षणों के नाम/Name of Medicines, Consultation and Tests	मूल्य (₹)/ Price(₹)

कृपया निम्नलिखित की जाँच करें जिनके बिना दावा अधूरा व अमान्य होगा:

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

(क) उपचार कर रहे डॉक्टर का नुस्खा अवश्य संलग्न करें। /The Prescription of the treating Doctor must be attached.

(ख) दवाईयों की संख्या ज्यादा हों तो अलग शीट लगाएं। /If the number of medicines is more, attach separate sheet.

- संलग्न 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 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)

चिकित्सा अधिकारी प्रमाण पत्र/CERTIFICATE BY MEDICAL OFFICER

- (क) रोगी को उपरोक्त दवाईयां लेने की सलाह दी गई थी तथा वे आवश्यक थीं। इन दवाईयों के सत्यापित वाऊचर संलग्नित किये गए हैं।
- (a) Above 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.

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

लेखा परीक्षा तथा लेखा हेतु/FOR AUDIT & ACCOUNTS

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

नोट/Note:-

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