फॉमर् संख्या: भा.ूौ.सं.म./ **7**

**Form no. IITM/7**

भारतीय ूौद्योिगकी संःथान मण्डी, मण्डी(िहमाचल ूदेश)-**175001**

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

िचिकत्सा व्यय की ूितपूितर् के िलए व्यय

# APPLICATION FOR REIMBURSEMENT OF MEDICAL EXPENSES

**(**भीतरी रोगी के िलए/**FOR INDOOR PATIENT)**

1. नाम व पद/Name & Designation :

2. कमचारी संख्या/Employee No. :

3. िवद्यालय व कायालय नाम/Name of School/Office :

4. बैंक लेखा संख्या/Bank Account No. :

5. दरभाष संख्या/Telephone No. :

1. (क) रोगी का नाम व आयु/Name of Patient and Age : (ख) कमचारी के साथ सम्बन्ध/ Relation with employee:
2. दावे की रािश/Amount Claimed :

(क)अिमम यिद हों/Advance if any : (ख)ूितपितर् के िलए कु ल दावा/Total Claim for Reimbursement:

8. सलंगन 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

मै यहां पर यह पुिष्ट करता हूँ िक मेरी जानकारी के अनुसार मेरे द्वारा दी गई उपरोक्त सचना सत्य है तथा

and belief and the person for whom medical expenditure has been incurred is fully dependent on me.

वह व्यिक्त िजसके िलए िचिकत्सा का व्यय िकया गया है वह पण

िदनाकं /**Date :**

तया मुझ पर िनभर

है :

ःथान/**Place : (**कमचारी के हःताक्षर/**Signature of Employee)**

भारतीय ूौद्योिगकी संःथान मण्डी, मण्डी(िहमाचल ूदेश)-175001

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

ूमािणत िकया जाता है िक डॅा/ौी/ौीमती/कु . को अःपताल में इलाज के िलए िदनाकं

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

को भेजा गया था जहां वह िदनाकं से िदनाकं तक उपचाराधीन रहा/रही|

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

 to

(क) रोगी को िजन दवाईयों को लेने की सलाह दी गई थी वे आवँयक थी| उन दवाईयों के सत्यािपत वाऊचर संलिग्नत िकये गए है

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

(ख) संःथान के भण्डार में सुझाई गई दवाई उपलब्ध नहीं थीं| वे भोजन,काःमेिटक्स तथा कीटनाशक की सची मे नहीं आती है |

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

(ग) अःपताल द्वारा जाचं िकए गए वाऊचरो की तुलना उपरोक्त्त वाऊचरों से की गई अत: इनकी सत्यता ूमािणत की जाती है |

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

(घ) डॅा/ौी/ौीमती/कु . को ` (शब्दों में ` )िकये गए िचिकत्सा व्यय के ूित भुगतान की अनुमित दी जाती है तथा दावा लेखा परीक्षा व लेखा शाखा को भुगतान के िलए आवँयक कायवाई हेतु ूेिषत िकया जाता है|

1. 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 िववरण मलभूत ूमाण पऽ में िदया गया है |

1. Detail of medicines has been given in the essentiality certificates.

कृ पया िनम्निलिखत की जाँच करे िजनके िबना दावा अधूरा माना जाएगा:

िचिकत्सा अिधकारी/**Medical Officer**

भा.ूौ.सं.मण्डी/ **IIT Mandi**

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

**(**क**)** दवाइयों के सभी िबल तथा परीक्षणों के िबल उपचार कर रहे िफजीिशयन द्वारा जाँच िकये गये हैं|

* 1. All the bills of Medicines and Tests duly verified by treating Physician.

**(**ख**)** उपचार कर रहे डॉक्टर का नुःखा |

* 1. Prescription of the treating Doctor.

**(**ग**)** रोगिवज्ञानी परीक्षण तथा एक्स-रेज िजनके िलए दावा िकया जा रहा है की फोटो ूितयां |

* 1. Xerox copies of all the pathological tests and X-rays for which the claim is being made.

**(**घ**)** इस फॉमर् के तीन पष्ठ ह|ै

* 1. This form has three pages.

िवत्त व लेखा अिधकारी/कु ल सिचव

F&AO/ Registrar

लेखा/**ACCOUNTS**

अदायगी के िलए पािरत **`**.....................................

Passed for payment `…………………….................

बकैं लेखा सं. िजसमे ःथानान्तिरत.............................

Transferred in the bank a/c on………………….......

चैक सं. व िदनांक..................................................

Cheque no.& date;…………………………….........

**(**यिद चकै द्वारा भुगतान िकया/**if paid by cheque)**

सहायक कु ल सिचव (लेखा परीक्षा व लेखा)

AR (Audit & Accounts)

लेखा परीक्षा/**AUDIT**

पूवर् लेखा परीक्षा की गई **`………………............**

Pre-audited for `………………..................

िवत्तीय वषर् ................................................

Financial Year ……………….......................

नोट/**Note:-**

**(**क**) ` 5000** तथा अिधक के दावे हेतु रसीदी िटकट लगायें |

1. Affix revenue stamp for claim of Rs. 5000/- or more.

**(**ख**)** तीन महीने के अन्दर दावे को अवँय ूःतुत करें |

1. Submit your claim within the period of three months positively.

**(**ग**)** पूवर् लेखा परीक्षा के िबना दावे की ूितपूितर् नहीं होगी |

1. No claim will be reimbursed unless pre-audited.

अिनवायर् ूमाण पऽ/**ESSENTIALITY CERTIFICATE**

(अःपताल में भतीर् हुए रोिगयों के मामले में पूरा िकया जाए )

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

डॅा/ौी/ौीमती/कु . पुऽ/पुऽी/पत्नी ौी को ूमाण पऽ िदया जाता है |

जो भा.ूौ.सं. मण्डी में िनयुक्त्त है

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

मै, डॉ सत्यािपत करता हूँ िक :

I, Dr. hereby certify that -

(क) रोगी अःपताल/मेरे परामशीर् कमरे में उपचाराधीन रहा तथा िनम्निलिखत दवाईंयां जो मैंने िनधारत

1. the patient has been under treatment at hospital/my consulting room and that the

की है Ôवे उपचार हेतु अिनवायर् थीÕ |

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

बमांक/Sr. no. दवाईयों के नाम/Name of medicines मल्य (`)**/**Price(`)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | …………………………………………………. | ……………………….. |
| 2. | …………………………………………………. | ……………………….. |
| 3. | …………………………………………………. | ……………………….. |
| 4. | …………………………………………………. | ……………………….. |
| 5. | …………………………………………………. | ……………………….. |
| 6. | …………………………………………………. | ……………………….. |
| 7. | …………………………………………………. | ……………………….. |
| 8. | …………………………………………………. | ……………………….. |
| 9. | …………………………………………………. | ……………………….. |
| 10. | …………………………………………………. | ……………………….. |
| 11. | …………………………………………………. | ……………………….. |
| 12. | …………………………………………………. | ……………………….. |
| 13. | …………………………………………………. | ……………………….. |

14. …………………………………………………. ………………………..

15. …………………………………………………. ………………………..

नोट: यिद दवाईयों की संख्या ज्यादा हो तो कृ पया अलग शीट लगाएं |

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

(क) रोगी से पीिड़त है/था तथा िदनाकं से तक उपचाराधीन है/था |

* 1. The patient is /was suffering from and is /was under my treatment

from..................................................to. ;

(ख) एक्स-रेज, ूयोगशाला परीक्षण आिद िजनके िलए ` का व्यय िकया गया अिनवायर् थे तथा

* 1. The X-ray, laboratory tests, etc., for which an expenditure of Rs. was incurred was necessary

मेरे परामशर् से (अःपताल या ूयोगशाला का नाम) में करवाये गए |

and were undertaken on my advice at (name of the hospital or laboratory);

िचिकत्सा अिधकारी के हःताक्षर/**Signature of the Medical Officer**

अःपताल ूभारी/**Incharge of the Hospital**