फॉम सं या: भा.ूौ.सं.म./**6**

**Form no. IITM/6**

भारतीय ूौ ोिगक संःथान म ड , कमा द( हमाचल ूदेश)-**175005**

**INDIAN INSTITUTE OF TECHNOLOGY MANDI**, **Kamand(H.P.)-175005**

िच क सा यय क ूितपूित के िलए आवेदन

**APPLICATION FOR REIMBURSEMENT OF MEDICAL EXPENSES**

**(**के वल वाहय रोगी के िलए/**FOR OUTDOOR PATIENT ONLY)**

**(**कृ पया इस फॉम का प -**I** भर , बल नःखे आ द संल न कर तथा भा.ूौ.सं. म ड के िच क सा अिधकार को जाचं हते ु ूःतुत कर **)**

**(Please fill in page-1 of this form, attach bills, prescription etc. and submit to the IIT Medical Officer for processing.)**

1. नाम व पद/Name & Designation :

2. कमचार सं या/Employee No. :

3. व ालय/कायालय का नाम/Name of School/Office :

4. (क) रोगी का नाम व आयु/Name of Patient and Age: (ख) कमचार के साथ स ब ध/ Relation with employee:

5. दावे क रािश िन निल खत ववरणानुसार : Amount Claimed as per following details :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| बमांक/Sr. no. | आपूितकता का नाम,कै श मीमो नं.तथा दनाकं / Name of supplier, cash memo no. & date | दवाईय ,परामश /पर ण के नाम/Name of Medicines, Consultation and Tests | म य (`)**/** Price(`) |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

कृ पया िन निल खत क जाँच कर जनके बना दावा अधरा व अमा य होगा:

**Please check the following in the absence of which the claim will be treated as incomplete/unaccepted. (**क**)** उपचार कर रहे डॉ टर का नुःखा अवँय संल न करे| /The Prescription of the treating Doctor must be attached. **(**ख**)** दवाईय क सं या �यादा ह तो अलग शीट लगाएं|/**If the number of medicines is more, attach separate sheet.**

6. संल न वाउचर क सं या/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 पु करता हूँ क मेर जानकार के अनुसार मेरे ारा द गई उपरो सुचना स य है तथा

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

वह य जसके िलए िच क सा का यय कया गया है वह पण

 दनाकं /**Date :**

तया मुझ पर िनभर

है |

ःथान/**Place : (**कमचार के हःता र/**Signature of Employee)**

िच क सा अिधकार ूमाण पऽ/**CERTIFICATE BY MEDICAL OFFICER**

(क) रोगी को उपरो दवाईयां लेने क सलाह द गई थी तथा वे आवँयक थी| इन दवाईय के स या पत वाऊचर संल नत

 कये गए है|

1. Above 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 भ डार म सुझाई गई दवाई उपल ध नह ं थीं| वे भोजन,काःमे ट स तथा क टनाशक क सूची मे नह ं 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.

िच क सा अिधकार /**Medical Officer**

भा.ूौ.सं. म ड / **IIT Mandi**

लेखा पर ा तथा लेखा हेतु/**FOR AUDIT & ACCOUNTS**

 व=f व लेखा अिधकार /कु ल सिचव

F&AO/ Registrar

लेखा/**ACCOUNTS**

अदायगी के िलए पाf'रत **`**.

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

बक· लेखा सं. जसमे ःथाना तf'रत.........................

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

चकै सं. व दनांक.............................................

Cheque no.& date;……………………………......

**(**य द चकै ारा भुगतान कया/**if paid by cheque)**

सहायक कु ल सिचव (लेखा पर ा व लेखा)

AR (Audit & Accounts)

लेखा पर ा/**AUDIT**

पूव लेखा पर ा क गई **`**

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

 व=fीय वष ...........................................................

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

नोट/**Note:-**

**(**क**) ` 5000** तथा अिधक के दावे हेतु रसीद टकट लगाय |

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

**(**ख**)** तीन मह ने के अ दर दावे को अवँय ूःतुत कर **|**

* 1. Submit your claim within three months positively.

**(**ग**)** पव लखाे पर ा के बना दावे क ूितपूित नह ं होगी |

© No claim will be reimbursed unless pre-audited.