RAJASTHAN STATE INDUSTRIAL DEVELOPMENT AND INVESTMENT CORPORATION LIMITED: UDYOG BHAWAN, TILAK MARG, JAIPUR - 302 005

No. A.1(4)94/89/Pt.VI/1841
Dated: 28 July, 2026

OFFICE ORDER

The Working Committee of the Board in its meeting held on 15.06.2026 vide item No. 3 has accorded approval for amendment in opting of Medical Policy by RIICO Employees and has accorded approval as under:

1. Option may be taken from the in-service/Retired employees for switching between RGHS or RIICO Medical Attendance Rules/ RIICO Retired Medical Relief Fund within two months w.e.f. issuance of this order as per provision mentioned below:

For In-service employees

(i) Serving employee who would like to switch over from RIICO Medical Attendance Rules to RGHS is allowed.

(ii) Serving employee who opted RGHS earlier may switch over to RIICO Medical Attendance Rules but the benefit of RIICO Medical Attendance Rules shall be effective w.e.f. 01.04.2027 as his/her RGHS Card is active for the F.Y. 2026-27 and benefit of two scheme simultaneously shall not be granted. However, if in any case, premium for the F.Y. 2026-27 is not deposited then RIICO Medical Attendance Rules is allowed from the acceptance of option Form.

For Retired employees

(i) Retired employee who is a member of RIICO Retired Medical Relief Fund is allowed to opt RGHS and he/she is required to deposit Rs. 44,000/-.

(ii) Retired employee who is not a member of RIICO Retired Medical Relief Fund and wish to opt RGHS is allowed to opt RGHS and he/she is required to deposit Rs. 1,05,000/-.

(iii) Retired employee who is a member of RIICO Retired Medical Relief Fund and opted RGHS earlier but not deposited Rs. 44,000/- is allowed to opt RIICO Retired Medical Relief Fund as his/her option to RGHS could not be completed.

(iv) Retired employee who has opted RGHS and deposited requisite amount and his/her RGHS card is active shall not be allowed to switch over RIICO Retired Medical Relief Fund. RGHS card of these employee is active for the life time and benefit of two scheme simultaneously shall not be granted.

2. Options may also be taken from the retired employees for RGHS who could not opt for RGHS earlier.

3. Options may also be taken from the in-service employees two months prior to their retirement, to continue with the RIICO Retired Medical Relief Fund (for members of the fund) or opting for RGHS.

4. The Managing Director of the Corporation is authorized to take decision on the further extension of period after two months for opening the window for options mentioned at S. No. 1 & 2 above.

(Nimisha Gupta)
Advisor (P&SP)

Copy to:
1. All Controlling Officers
2. All Cell-Incharge
3. All Unit Heads
4. AGM (HRD)
5. Secretary
6. Notice Board
7. Office Order File/Concerned File

Copy also to:
1. PS to Chairman
2. Sr. PS to MD
3. Addl. PS to ED

राजस्थान स्टेट इण्डस्ट्रियल डवलपमेन्ट एण्ड इन्वेस्टमेन्ट कॉरपोरेशन लिमिटेड,
उद्योग भवन, तिलक मार्ग, जयपुर – 302005
विकल्प परिवर्तित करने के लिये
(सेवारत कार्मिक हेतु)
(निम्न विकल्प पत्र I या II में से कोई एक विकल्प का ही चयन किया जाना है, जो कार्मिक पर प्रभावी रहेगा)

I

निगम के कार्यालय आदेश क्रमांक ए.1(4)94/89/Pt.V दिनांक 07.03.2025 के तहत मैं, ...

पुत्र/पुत्री/पत्नी ..... पद का नाम ..... प्रकोष्ठ/इकाई का नाम .....

..... द्वारा पूर्व में Rajasthan Government Health Scheme (RGHS) के विकल्प हेतु अपनी सहमति प्रदान की गयी थी।

निगम के कार्यालय आदेश क्रमांक ए.1(4)94/89/Pt.VI दिनांक 28.07.2026 के क्रम में मैं, ...

अपना विकल्प परिवर्तित कर RIICO Medical Attendance Rules, 1979 का विकल्प लेने हेतु अपनी सहमति देता/देती हूँ।

(मेरे द्वारा उक्त प्रकरण में कोई रिट याचिका दायर नहीं की गयी है/मैं रिट याचिका संख्या 6633/2022 अथवा 5004/2022 में पक्षकार हूँ एवं मेरा विकल्प पत्र उक्त रिट के withdraw होने के पश्चात् स्वीकार किया जावे)।

सत्यापन

मैं..... सत्यापित करता/करती हूँ कि उपरोक्त वर्णित समस्त तथ्य मेरी जानकारी में सत्य है। असत्य पाये जाने की स्थिति में मैं स्वयं जिम्मेदार रहूँगा/रहूँगी।

हस्ताक्षर

कार्मिक का नाम.....

पदनाम.....

कर्मचारी कोड संख्या.....

प्रकोष्ठ/इकाई कार्यालय.....

पता.....

मोबाईल नं.....

नोटः–
1. *उपरोक्त विकल्प पत्र की दो मूल प्रतियाँ एचआरडी प्रकोष्ठ, रीको मुख्यालय, जयपुर में प्रस्तुत करें।*
2. *यदि उक्त रिट याचिका प्रावधान लागू हो, तो **withdraw** आदेश की प्रति संलग्न करे।*
3. *जो लागू नहीं है उसे काटते हुए विकल्प पत्र प्रस्तुत किया जावे।*

विकल्प परिवर्तित करने के लिये
(सेवारत कार्मिक हेतु)

II

निगम के कार्यालय आदेश क्रमांक ए.1(4)94/89/Pt.V दिनांक 07.03.2025 के तहत मैं, _____

पुत्र/पुत्री/पत्नी ..... पद का नाम _____ प्रकोष्ठ/इकाई का नाम _____

..... द्वारा पूर्व में RIICO Medical Attendance Rules, 1979 के विकल्प हेतु अपनी सहमति प्रदान की गयी थी।

निगम के कार्यालय आदेश क्रमांक ए.1(4)94/89/Pt.VI दिनांक 28.07.2026 के क्रम में मैं, _____ अपना विकल्प परिवर्तित कर Rajasthan Government Health Scheme (RGHS) का विकल्प लेने हेतु अपनी सहमति देता/देती हूँ।

मैं रीको को RGHS की सदस्यता/अंशदान मेरे वेतन में से कटौती करने की सहमति प्रदान करता/करती हूं। (संलग्न परिशिष्ट–। में कार्मिक सूचना उपलब्ध करावें।)

(मेरे द्वारा उक्त प्रकरण में कोई रिट याचिका दायर नहीं की गयी है/मैं रिट याचिका संख्या 6633/2022 अथवा 5004/2022 में पक्षकार हूँ एवं मेरा विकल्प पत्र उक्त रिट के withdraw होने के पश्चात् स्वीकार किया जावे)।

सत्यापन

मैं..... सत्यापित करता/करती हूँ कि उपरोक्त वर्णित समस्त तथ्य मेरी जानकारी में सत्य है। असत्य पाये जाने की स्थिति में मैं स्वयं जिम्मेदार रहूँगा/रहूँगी।

हस्ताक्षर

कार्मिक का नाम .....

पदनाम .....

कर्मचारी कोड संख्या .....

प्रकोष्ठ/इकाई कार्यालय.....

पता.....

मोबाईल नं.....

नोटः–
1. *उपरोक्त विकल्प पत्र की दो मूल प्रतियाँ एचआरडी प्रकोष्ठ, रीको मुख्यालय, जयपुर में प्रस्तुत करें।*
2. *यदि उक्त रिट याचिका प्रावधान लागू हो, तो **withdraw** आदेश की प्रति संलग्न करे।*
3. *जो लागू नहीं है उसे काटते हुए विकल्प पत्र प्रस्तुत किया जावे।*

राजस्थान स्टेट इण्डस्ट्रियल डवलपमेन्ट एण्ड इन्वेस्टमेन्ट कॉरपोरेशन लिमिटेड,
उद्योग भवन, तिलक मार्ग, जयपुर – 302005

विकल्प परिवर्तित करने के लिये
(सेवानिवृत कार्मिक हेतु)

(निम्न विकल्प पत्र I या II में से कोई एक विकल्प का ही चयन किया जाना है, जो कार्मिक पर प्रभावी रहेगा)

I

निगम के कार्यालय आदेश क्रमांक ए.1(4)94/89/Pt.V दिनांक 07.03.2025 के तहत मैं, ...
पुत्र/पुत्री/पत्नी ..... पद का नाम ..... प्रकोष्ठ/इकाई का नाम .....
.....(सेवानिवृति के समय) द्वारा पूर्व में RIICO Retired Medical Fund के सदस्य होने के कारण RIICO Retired Medical Fund के विकल्प हेतु अपनी सहमति प्रदान की गयी थी।

निगम के कार्यालय आदेश क्रमांक ए.1(4)94/89/Pt.VI दिनांक 28.07.2026 के क्रम में मैं, ...
अपना विकल्प परिवर्तित कर Rajasthan Government Health Scheme (RGHS) का विकल्प लेने हेतु अपनी सहमति देता/देती हूँ।

मैं रीको को RGHS की सदस्यता/अंशदान की नियमानुसार एकमुश्त राशि जमा कराने की सहमति प्रदान करता/करती हूं।

RIICO Retired Medical Fund में, मेरे अंशदान की राशि RGHS में समायोजित करने की सहमति प्रदान करता/करती हूं। इसके अतिरिक्त रीको के अंशदान के पश्चात शेष राशि जमा कराने की सहमति देता हूँ। (संलग्न परिशिष्ट–।। में कार्मिक सूचना उपलब्ध करावें।)

सत्यापन

मैं..... सत्यापित करता/करती हूँ कि उपरोक्त वर्णित समस्त तथ्य मेरी जानकारी में सत्य है। असत्य पाये जाने की स्थिति में मैं स्वयं जिम्मेदार रहूँगा/रहूँगी।

हस्ताक्षर

कार्मिक का नाम .....
सेवानिवृत्ति के समय धारित पद.....
कर्मचारी कोड संख्या .....
सेवानिवृत्ति की दिनांक.....
पीपीओ संख्या.....
पता.....
मोबाईल नं.....

नोटः– 1. *उपरोक्त विकल्प पत्र की दो मूल प्रतियाँ एचआरडी प्रकोष्ठ, रीको मुख्यालय, जयपुर में प्रस्तुत करें।*
2. *जो लागू नहीं है उसे काटते हुए विकल्प पत्र प्रस्तुत किया जावे।*

विकल्प परिवर्तित करने के लिये
(सेवानिवृत कार्मिक हेतु)

II

निगम के कार्यालय आदेश क्रमांक ए.1(4)94/89/Pt.V दिनांक 07.03.2025 के तहत मैं, ...

पुत्र/पुत्री/पत्नी ..... पद का नाम ..... प्रकोष्ठ/इकाई का नाम .....

.....(सेवानिवृति के समय) द्वारा पूर्व में Rajasthan Government Health Scheme (RGHS) के विकल्प हेतु अपनी सहमति प्रदान की गयी थी। परन्तु मेरे द्वारा RGHS की सदस्यता/अंशदान की राशि जमा नहीं करायी गयी थी। मैं RIICO Retired Medical Fund का सदस्य हूँ।

निगम के कार्यालय आदेश क्रमांक ए.1(4)94/89/Pt.VI दिनांक 28.07.2026 के क्रम में मैं, ...

RIICO Retired Medical Fund का विकल्प लेने हेतु अपनी सहमति देता/देती हूँ।

सत्यापन

मैं..... सत्यापित करता/करती हूँ कि उपरोक्त वर्णित समस्त तथ्य मेरी जानकारी में सत्य है। असत्य पाये जाने की स्थिति में मैं स्वयं जिम्मेदार रहूँगा/रहूँगी।

हस्ताक्षर

कार्मिक का नाम .....

पदनाम .....

कर्मचारी कोड संख्या .....

प्रकोष्ठ/इकाई कार्यालय.....

पता.....

मोबाईल नं.....

नोटः— 1. उपरोक्त विकल्प पत्र की दो मूल प्रतियाँ एचआरडी प्रकोष्ठ, रीको मुख्यालय, जयपुर में प्रस्तुत करें।
2. जो लागू नहीं है उसे काटते हुए विकल्प पत्र प्रस्तुत किया जावे।

राजस्थान स्टेट इण्डस्ट्रियल डवलपमेन्ट एण्ड इन्वेस्टमेन्ट कॉरपोरेशन लिमिटेड,
उद्योग भवन, तिलक मार्ग, जयपुर – 302005

(सेवारत कार्मिक हेतु)
(सेवानिवृति से दो माह पूर्व विकल्प प्रस्तुत करने हेतु)

I

निगम के कार्यालय आदेश क्रमांक ए.1(4)94/89/Pt.VI दिनांक 28.07.2026 के तहत मैं, ...

पुत्र/पुत्री/पत्नी ..... पद का नाम ..... प्रकोष्ठ/इकाई का नाम .....

..... द्वारा सेवा में रहते हुए Rajasthan Government Health Scheme (RGHS)/ RIICO Medical Attendance Rules, 1979 के विकल्प हेतु अपनी सहमति प्रदान की गयी थी।

मैं, ... सेवानिवृति दिनांक ..... के उपरांत RIICO Retired Medical Fund (यदि फण्ड का सदस्य है, तो)/ Rajasthan Government Health Scheme (RGHS) का विकल्प लेने हेतु अपनी सहमति देता/देती हूँ।

सत्यापन

मैं..... सत्यापित करता/करती हूँ कि उपरोक्त वर्णित समस्त तथ्य मेरी जानकारी में सत्य है। असत्य पाये जाने की स्थिति में मैं स्वयं जिम्मेदार रहूँगा/रहूँगी।

हस्ताक्षर

कार्मिक का नाम.....

पदनाम.....

कर्मचारी कोड संख्या.....

प्रकोष्ठ/इकाई कार्यालय.....

पता.....

मोबाईल नं.....

नोटः– 1. *उपरोक्त विकल्प पत्र की दो मूल प्रतियाँ एचआरडी प्रकोष्ठ, रीको मुख्यालय, जयपुर में प्रस्तुत करें।*
2. *जो लागू नहीं है उसे काटते हुए विकल्प पत्र प्रस्तुत किया जावे।*

परिशिष्ट–I

(सेवारत कार्मिक हेतु)

आरजीएचएस हेतु सहमति के क्रम में अग्रिम कार्यवाही किये जाने हेतु मेरी जानकारी निम्नानुसार है :–

S. No.	SSO ID	Name	Emp. Code	RGHS Card No. (copy encl.)	DOB	DOJ	DOR	Design ation	Basic Pay	Service Status	Mobile No.	e-mail

सत्यापन

मैं..... सत्यापित करता/करती हूँ कि उपरोक्त वर्णित समस्त तथ्य मेरी जानकारी में सत्य है। असत्य पाये जाने की स्थिति में मैं स्वयं जिम्मेदार रहूँगा/रहूँगी।

हस्ताक्षर

कार्मिक का नाम .....

पदनाम .....

कर्मचारी कोड संख्या .....

प्रकोष्ठ/इकाई कार्यालय.....

पता.....

मोबाईल नं.....

1. *जो कॉलम लागू नहीं है उस पर 'लागू नहीं' लिखें।*

(सेवानिवृत्त कार्मिक हेतु)

आरजीएचएस हेतु सहमति के क्रम में अग्रिम कार्यवाही किये जाने हेतु मेरी जानकारी निम्नानुसार है :–

S. No.	SSO ID	Name	Emp. Code	PPO (copy encl.)	DOB	DOJ	DOR	Design ation	Basic Pay	Service Status	Mobile No.	e-mail

सत्यापन

मैं..... सत्यापित करता/करती हूँ कि उपरोक्त वर्णित समस्त तथ्य मेरी जानकारी में सत्य हैं। असत्य पाये जाने की स्थिति में मैं स्वयं जिम्मेदार रहूँगा/रहूँगी।

हस्ताक्षर

कर्मचारी का नाम .....

पदनाम .....

कर्मचारी कोड संख्या .....

पीपीओ संख्या .....

सेवानिवृति की दिनांक .....

प्रकोष्ठ/इकाई कार्यालय.....

पता.....

मोबाईल नं.....

1. जो कॉलम लागू नहीं है उस पर 'लागू नहीं' लिखें।