

Rajasthan State Industrial Development & Investment Corporation Ltd.

UDYOG BHAWAN, TILAK MARG, JAIPUR

FORM OF APPLICATION FOR CLAIMING REFUND OF THE MEDICAL EXPENSES INCURRED IN CONNECTION WITH MEDICAL ATTENDANCE

चिकित्सा में खर्च हुए चिकित्सा व्यय की रकम वापसी दावा के आवेदन का प्रपत्र

CLAIMS UPTO Rs. 150/- ONLY

(चिकित्सा व्यय की रकम वापसी दावा के आवेदन का पत्र) सिर्फ 150/- रु. तक के दावे के लिए

N.B. : (SEPARATE FORM SHOULD BE USED FOR EACH PATIENT)

ध्यातव्य : (प्रत्येक रोगी के लिए अलग-अलग प्रपत्र का प्रयोग किया जाना चाहिए)

1. Name & Designation of Claimant.
दावेदार का नाम एवं पदनाम
2. Office in which employed.
नियुक्ति कार्यालय का नाम
3. Pay of Claimant.
दावेदार का वेतन
4. Place of duty.
कर्म स्थल
5. Actual residential address.
निवास स्थान का सही पता
6. Name of the patient and his/her relationship with the claimant.
रोगी का नाम एवं दावेदार के साथ उसका सम्बन्ध
7. Place at which the patient fell ill.
उस स्थान का नाम जहाँ रोगी बिमार पड़ा
8. Details of amount claimed (Cost of medicines purchased from the market. Essentiality Certificate and Cash Memos should be attached.)
दावे की राशि का विवरण (बाजार से खरीदी गई दवा का मूल्य/ आवश्यकता प्रमाण-पत्र एवं रोकड़ पंजी संलग्न किए जाएं)
9. Total amount claimed.
दावे की रकम का कुल योग
10. List of enclosures.....
Cash Memos.....
अनुलग्नकों की सूची। अ.प्र.....
रो.प.

Declaration to be signed by the claimant

I hereby declare the statement in this application is true to the best of my knowledge and belief and that the patient for whom medical expenses were incurred is wholly dependent on me
एतद्वारा मैं घोषणा करता हूँ कि आवेदन में दिये गये समस्त विवरण मेरे पूर्ण ज्ञान एवं विश्वास में सच हैं और जिस रोगी पर ये चिकित्सा व्यय हुए, पूर्ण रूप से मेरा आश्रित है।

Jaipur
जयपुर

Dated.....
तारीख

Signature
हस्ताक्षर
Name in Block Letters
बड़े अक्षरों में नाम
Designation
पद का नाम
Department
विभाग

RIICO

DETAILS OF THE MEDICINES PURCHASED FROM THE MARKET

बाजार से खरीदी गई दवाओं का विवरण

S.No. क्र.सं.	Cash Memo No. & Date रोकड़ पर्ची संख्या मय तिथि	Name of Shop दुकान का नाम	Name of Medicine दवा का नाम	Amount(Rs.) राशि (रु.)
------------------	--	------------------------------	--------------------------------	---------------------------

Passed for Rupees.....के लिए पारित

Signature
हस्ताक्षर
Name in Block Letters
बड़े अक्षरों में नाम
Designation
पद का नाम

Sr. Assistant
वरिष्ठ सहायक

Accountant/Sr. Accountant
लेखाकार/वरिष्ठ लेखाकार

Dy.Manager/RM/Sr.RM
उप प्रबंधक/क्षे.प्रबंधक/व.क्षे.प्रबंधक

ESSENTIALITY CERTIFICATE

अनिवार्यता प्रमाण-पत्र

I certify that Mr./Ms. (Name of Patient)
Wife/Son/Daughter/Father/Mother of Mr./Ms. (Name of Employee)
employed in Rajasthan State Industrial Development & Investment Corporation Ltd. Jaipur has been under
my treatment at the hospital as indoor/outdoor patient and that the undermentioned medicines prescribed by
me in this connection are essential for the recovery/prevention of serious deterioration in the condition of the
patient. These medicines are not stocked in the
for the supply to the private parties and do not include proprietary/preparation for cheaper substance of
equal to the repetitive value are available for preparation which are primarily food toilet or disinfectants.

में प्रमाणित करता हूँ कि श्री/सुश्री (रोगी का नाम)
पुत्र/पत्नी/पुत्री श्री (कर्मचारी का नाम) को राजस्थान स्टेट इण्डस्ट्रीयल
डवलपमेन्ट एण्ड इन्वेस्टमेंट कारपोरेशन लिमिटेड जयपुर में नियुक्त है, अस्पताल / इन्डोर / आउटडोर / मेरे परामर्श कक्ष में
चिकित्साधीन है। रोगी की स्थिति के गम्भीर खतरे के निदान की रोकथाम के लिए मेरे द्वारा निम्नलिखित दवाइयों तजबीज की गई है।
वे दवाइयों गैर सरकारी पार्टियों की आपूर्ति हेतु में नहीं
रखी जाती हैं तथा ऐसे स्वत्वाधिकारी उपक्रम में निहित नहीं हैं जिनके लिए समान चिकित्सा गुणवत्ता वाले सस्ते पदार्थ उपलब्ध हों
जिनसे मौलिक फूड टॉयलेट या कीटाणुनाशक तैयार किए जाएँ।

S.No. क्र.सं.	Cash Memo No. & Date रोकड़ पर्ची संख्या मय तिथि	Name of medicine दवा का नाम	Cost मूल्य ₹
------------------	--	--------------------------------	--------------------

Signature and designation of the Authorised Medical Attendant With Seal

अधिकृत चिकित्सक के हस्ताक्षर एवं पदनाम मय मोहर

1. Certified that the patient is/was/suffering from disease
and is/was under my treatment from to it is further
certified that the case is not or delirium Treatment prepost nature.
प्रमाणित किया जाता है कि रोगी से ग्रस्त है / था तथा से
..... तक मेरे उपचार में है / था यह भी प्रमाणित किया जाता है कि रोग
डेलिरियम / ट्रीटमेंट / प्रीपोस्ट नेचर नहीं है।
2. The patient did not require/required hospitalisation.
The Case is/was definitely not one of prolonged treatment.
रोगी को अस्पताल में भर्ती होने की आवश्यकता नहीं थी / है
रोगी निश्चित रूप से लम्बी चिकित्सा अवधि वाला नहीं था / है।
3. Certified that the treatment is over.
प्रमाणित किया जाता है कि उपचार पूर्ण हुआ।

S. No.

Signature and Designation of the Authorised
Medical Attendant with seal

**FORM OF APPLICATION FOR CLAIMING REFUND OF THE MEDICAL EXPENSES
INCURRED IN CONNECTION WITH MEDICAL ATTENDANCE**

चिकित्सा में खर्च हुए चिकित्सा व्यय की रकम वापसी दावा के आवेदन का प्रपत्र

N.B. : (SEPARATE FORM SHOULD BE USED FOR EACH PATIENT)

ध्यवात्त्व्य : (प्रत्येक रोगी के लिए अलग-अलग प्रपत्र का प्रयोग किया जाना चाहिए)

1. Name and designation of Claimant.
दावेदार का नाम एवं पदनाम
2. Office in which employed.
नियुक्ति कार्यालय का नाम
3. Pay of claimant.
दावेदार का वेतन
4. Place of duty.
कर्म स्थल
5. Actual residential address.
निवास स्थान का सही पता
6. Name of the patient and his/her relationship with the claimant.
रोगी का नाम एवं दावेदार के साथ उसका संबंध
7. Place at which the patient fell ill.
रोगी के बीमार होने का स्थान
8. Details of amount claimed (Cost of medicines purchased from the market.
Essentiality certificate and cash memos should be attached)
दावे की राशि का विवरण (बाजार से खरीदी गई दवाओं की कीमत/अनिवार्यता प्रमाण-
पत्र एवं रोकड़ पर्ची संलग्न किए जाएं)
9. Total amount claimed.
दावे की रकम का कुल योग
10. List of enclosures E.C. Cash memos
अनुलग्नकों की सूची। अ. प्र. रो. प्र.

DECLARATION TO BE SIGNED BY THE CLAIMANT

I hereby declare the statement in this application is true to the best of my knowledge and belief and that the patient for whom medical expenses were incurred is wholly dependent on me.

दावेदार के द्वारा हस्ताक्षरित की जाने वाली घोषणा :-

एतद्वारा मैं घोषणा करता हूँ कि आवेदन में दिये गये समस्त विवरण मेरे पूर्ण ज्ञान एवं विश्वास में सत्य है और जिस रोगी पर यह चिकित्सा व्यय किया है वह पूर्ण रूप से मुझ पर आश्रित है।

Jaipur
जयपुर

Dated20.....
तारीख20.....

Signature _____

हस्ताक्षर

Name in Block Letters _____

बड़े अक्षरों में नाम

Designation _____

पद का नाम

Department _____

विभाग

Passed for Rupees
रुपये..... के लिए पारित किया गया।

Prepared by

Checked by

Authorised Signatory