



तम्बाकू बोर्ड / TOBACCO BOARD

(वाणिज्य मंत्रालय, भारत सरकार)
(MIN. OF COMMERCE, GOVT. OF INDIA)



प्रपत्र - ख / FORM - B

चिकित्सा व्ययों की प्रतिपूर्ति का दावा करने आवेदन पत्र का प्रपत्र ।
Form of Application for claiming refund of Medical Expenses

1. सरकारी कर्मचारी का नाम व पदनाम :
(स्पष्ट अक्षरों में)
Name and designation of the Government Servent
(In Block Letters)
2. किस कार्यालय में नियोजित हैं :
Office in Which employed
3. मूलभूत नियमावली में बताये अनुसार सरकारी कर्मचारी का वेतन और यदि कोई अन्य नियोजन हो तो अलग से बताएँ : रु.
Pay of the Govt. Servent as defined in the Fundamental Rules & any other employments which should be shown seperately. Rs.
4. ड्यूटी का स्थान :
Place of Duty
5. वास्तविक आवासी पता :
Actual Residential Address
6. रोगी का नाम व सरकारी कर्मचारी से उसका संबंध (बच्चों के मामलों में आयु भी बताएँ.) :
Name of the patient and his / her relationship to the Govt. Servent
(In case of children, state age also)
7. स्यान जहाँ रोगी भीमार पडा :
Place at which the patient fell ill
8. दावे की राशि के ब्योरा : रु.
Details of the amount claimed Rs.
चिकित्सा परिचर्या
MEDICAL ATTENDANCE
(i) परामर्श शुल्क : रु.
Fees for consultation indication : Rs.
(क) परामर्शदाता चिकित्सा अधिकारी का नाम व पदनाम और अस्पताल व चिकित्सालय जिससे वह संबद्ध है ।
(a) Name & Designation of the Medical Officer consulted and the hospital or dispensary to which attached :
(ख) लिये गये परामर्शों की संख्या व तिथियाँ और परामर्श पर अदा किया शुल्क ।
(b) No. and dates of consultation & the fees paid for each consultation. :
(ग) इंक्शनों की संख्या व तिथियाँ तथा प्रति परामर्श के लिए दिया गया शुल्क ।
(c) No. and dates of injections were and the fee paid for each consultation. :

- (घ) क्या परामर्श और / या इंजेक्शन चिकित्सा अधिकारी के अस्पताल में लिये गये य रोगी के आवास पर ।
- (d) Whether consultation and / or injections were had at the hospital room of the medical officer or at the residence of the patient.
- (ii) पैथोलोजिकल, बैक्टीरियोलोजिकल, रोडियोलोजिकल या अन्य इस प्रकार के परीक्षण निदान के दौरान सूचित किये गये ।
- (ii) Charge of pathological, bacteriological, radiological or other similar tests under taking during diagnosis indication.
- (क) अस्पताल या प्रयोगशाला का नाम, जहाँ परीक्षण किये गये थे ।
- (a) Name of the Hospital or Laboratory where the tests were undertaken.
- (ख) क्या परीक्षण ए.एम.ए. की सलाह पर किये गये यदि हो ते इस संबंध में प्रमाण पत्र संलग्न करें ।
- (b) Whether the tests were undertaken on the advice of the A.M.A. if, so a certificate to that affect should be attached.
- (ग) मार्केट से खरिदी गयी दवाइयों की लागत (दवाइयों की सूची, रसीदें पथा आवश्यक प्रमाण पत्र संलग्न करें) :
- (iii) Cost of medicines purchased from the market (List of medicines, cash memos and the essential certificates should be attached
9. दावे की कुल राशि : रु.
Total amount Claimed Rs.
10. अनुलगनों की सूची :
List of enclosures

सरकारी कर्मचारी द्वारा हस्ताक्षरित किया जानेवाला घोषण पत्र
DECLARATION TO BE SIGNED BY THE GOVERNMENT SERVENT

मैं यह घोषित करता हूँ कि इस आवेदन में दिये गये विवरण मेरे ज्ञान और विश्वास से सही है तथा जिस व्यक्ति के लिए धन व्यय किया गया पूरी तरह मुझ पर आधारित है ।

I here by declare that the statements in this application are true to the best of my knowledge and belief and the person for whom expenses were incurred is wholly dependent upon me.

स्थान :
Station :
दिनांक :
Date :

सरकारी कर्मचारी के हस्ताक्षर
Signature of the Govt. Servent.