

**भारतीय जन संचार संस्थान**  
**Indian institute of mass Communication**  
**नई दिल्ली/New Delhi**

बाह्य रोगी/भर्ती/लम्बी अवधि चिकित्सा की प्रतिपूर्ति के लिए आवेदन  
Application for Reimbursement of Medical of OPD/Admit/Prolonged Treatment

1. कर्मचारी का नाम और पदनाम (स्पष्ट अक्षरों में)  
Name & Designation of Employee (Block Letters) .....
2. यदि विवाहित है तो पत्नी/पति कहां कार्यरत है  
If married, the name of employer of wife/husband .....
3. वेतन/Pay Scale .....
4. स्थानीय घर का पता/Local Address .....
5. रोगी का नाम और कर्मचारी से उसका संबंध (यदि वह पुत्र/पुत्री है तो उसकी आयु)  
Patient's Name and Relationship with employee (if son/daughter, their age) .....
6. स्थान जहां रोगी बीमार हुआ/Place where the patient fell sick  
(यदि 4 और 6 अलग-2 स्थान है तो उनके बीच की दूरी)  
(If 4 and 6 are different place, then the distance between places) .....
7. परामर्शदाता चिकित्सा अधिकारी का नाम व पता  
Name & Address of the Medical Officer of OPD/Prolonged consulted .....
8. ईलाज की अवधि/Period of treatment .....
9. दावा की गई राशि का ब्यौरा/Detail of the amount claimed  
स्वयं पति/पत्नी पुत्र/पुत्री आश्रित  
(1) (2) (3) (4)
- (क) घरेलू/सामान्य/विशेष चिकित्सा/Home/General/Special Treatment .....
- (ख) रोगात्मक/जीवविज्ञान संबंधी/परीक्षण/जांच/Pathological/Biological/Test/Checkup .....
- (ग) चिकित्सा प्रभार/Medical Charge .....
- (घ) अस्पताल शुल्क/Hospital Charges .....
- दावा की गई राशि/Amount Claimed .....
- कुल/Total (1,2,3,4) .....

**Declare**

(1) मैं एतद् द्वारा घोषणा करता/करती हूँ कि इस दावे में दिया बयान मेरे ज्ञान और विश्वास के अनुसार सत्य है। जिस व्यक्ति की चिकित्सा पर खर्च किया गया है, मेरे परिवार का सदस्य है और मुझ पर पूरी तरह आश्रित है और वह मेरे साथ रहता/रहती है।

I hereby declare that the above statements in the claim are true of my knowledge and belief. The amount spent on treatment by the person, is a member of my family and is depending upon me and he/she stays with me.

(2) मैं प्रमाणित करता/करती हूँ कि मेरी पत्नी/पति, पुत्र/पुत्री सार्वजनिक/निजी क्षेत्र/सरकारी सेवा में नौकरी नहीं कर रहा/रही है।

I certify that my wife/husband, son/daughter, is not in Service in Public/Private/Government Sector.

(3) मेरे पति/मेरी पत्नी सरकारी/सार्वजनिक/प्राइवेट सेवा में कार्यरत है/कार्यरत है/कार्यरत नहीं है तथा अपने नियोक्ता से चिकित्सा प्रभार की प्रतिपूर्ति का दावा कर रही/रहे है/नहीं कर रही/रहे है/दावे की हकदार है/नहीं है।

My husband/wife is/is not an employee in Government/Public/Private Sector and claiming/not claiming for reimbursement of medical charges from his/her employer and she/he is/is not entitled to claim.

Account Holder Name : ..... कर्मचारी के हस्ताक्षर  
Account No. : ..... Signature of Employee .....

IFSC Code : ..... नाम  
Branch : ..... Name .....

दिनांक ..... पद  
Date ..... Designation .....

## टिप्पणी/Comment

1. प्रत्येक कैश मैमो/चिकित्सक के नुस्खे पर दावेदार के हस्ताक्षर होने चाहिए ।  
All the Cash Memo's/Medical Prescriptions must be signed by Claimant.
2. अस्पताल में भर्ती होने के प्रभार की प्रतिपूर्ति के मामले में अस्पताल/नर्सिंग होम द्वारा दिया गया प्रमाणपत्र (परिशिष्ट-3) संलग्न करें ।  
In the case reimbursement of in-patient, attach the certificate (Prisist 3) given by Hospital/Nurshing Home.
3. चिकित्सा के दावे 3 महीने की अवधि में किये जाएं । दावेदार द्वारा लिखित रूप से देरी के लिए दिये गए कारणों में नियंत्रक प्राधिकारी यदि संतुष्ट न हों तो 3 महीने के बाद किये गए दावे को अस्वीकार कर सकते है ।  
Medical claim must be submitted within three months of treatment, If delayed the reason may be specified in writting for delay. The Competent Authority can rejected the claim if not satisfied.

(केवल कार्यालय के प्रयोग हेतु)  
(Office use only)

1. वर्ष के दौरान कुल भुगतान की जाने वाली राशि .....  
Total Amount to be paid during the year
2. वर्ष के दौरान पहले से ही भुगतान की गई राशि की प्रतिपूर्ति .....  
Reimbursed amount already paid during the year
3. प्रतिपूर्ति के लिए वर्तमान बिल की राशि .....  
Amount of present bill for reimbursment
4. प्रतिपूर्ति के लिए शेष राशि .....  
Balance amount to be reimburse

चिकित्सा के दावे की पंजिका की पृष्ठ संख्या ..... पर प्रविष्टि की गई .....  
रुपये ..... के भुगतान के लिए पारित ।  
Entry on the page ..... page number of the register of medical claim rupees .....  
..... passed for payment

**D.D.O**

रु. .... (रुपये .....)  
चिकित्सा प्रभार की प्रतिपूर्ति के लिए निदेशक, भारतीय जन संचार संस्थान से प्राप्त किये ।  
₹ ..... (rupees.....)  
received from the director of Indian Institute of Mass Communication for reimbursement of medical charges,