

विदेश मंत्रालय

अनुबंध-II

चिकित्सा सावधानी, दवाइयों, उपचार, इत्यादि पर किए गए व्यय के प्रतिपूर्ति दावे हेतु आवेदन प्रपत्र

1. सरकारी कर्मचारी का नाम \_\_\_\_\_
2. पदनाम तथा वेतन \_\_\_\_\_
3. उपचार किए गए रोगी का नाम तथा  
सरकारी कर्मचारी के साथ संबंध \_\_\_\_\_
4. बीमारी की प्रकृति तथा अवधि \_\_\_\_\_
5. व्यय की गई तथा दावा की गई राशि  
का ब्योरा \_\_\_\_\_

व्यय की गई राशि \_\_\_\_\_

दावा की गई राशि \_\_\_\_\_

विदेशी मुद्रा \_\_\_\_\_

विदेशी मुद्रा \_\_\_\_\_

6. (i) परामर्श/दौरा शुल्क दर्शाएं  
(क) परामर्श/दौरा की संख्या व तिथि \_\_\_\_\_  
(ख) प्रत्येक परामर्श/दौरा हेतु प्रभारित शुल्क \_\_\_\_\_  
(ग) क्या परामर्श/दौरा अनुमोदित चिकित्सक के द्वारा किया गया था तथा भुगतान किया गया शुल्क  
विहित पैमाने के अनुसार था \_\_\_\_\_जी हां  
(घ) क्या परामर्श रोगी के आवास पर किया गया था अथवा चिकित्सक के परामर्श कक्ष में किया  
गया था \_\_\_\_\_जी हां  
(ii) निदान के दौरान एक्स-रे, खून/पेशाब तथा अन्य इसी प्रकार के व्यय हेतु प्रभार \_\_\_\_\_  
(iii) अनुमोदित चिकित्सक की सलाह पर दवाइयों तथा औषधियों की खरीद पर किया गया व्यय \_\_\_\_\_  
(iv) लागू डाईट प्रभारों हेतु दावा की गई कुल राशि, घटा प्राप्त अग्रिम तथा घटा कटौती की गई राशि।  
निबल देय राशि \_\_\_\_\_  
(v) अपने दावे के समर्थन में सरकारी कर्मचारी द्वारा प्रस्तुत किए गए प्रमाण पत्रों, बिलों, वाउचरों,  
इत्यादि का ब्योरा \_\_\_\_\_

सरकारी कर्मचारी के हस्ताक्षर

नियंत्रक अधिकारी के हस्ताक्षर