



हरीश-चन्द्र अनुसंधान संस्थान/Harish-Chandra Research Institute

चिकित्सा सहायता दावा प्रपत्र/Medical Assistance Claim Form

निदेशक/The Director,

एच.आर.आई., प्रयागराज (इलाहाबाद) /H.R.I., Prayagraj (Allahabad)

महोदय/Sir,

मेरे स्वयं/अपने आश्रित (जिसका विवरण निम्नवत है) के उपचार पर हुए व्यय संबंधी मूल बिल/कैश मेमो तथा चिकित्सक का नुस्खा संलग्न कर रहा/रही हूँ। कृपया इसकी प्रतिपूर्ति शीघ्र कराने की कृपा करें। Enclosed herewith please find the following original Cash Memos/Bills on account of treatment of myself/dependent (as detailed below) together with the prescription, which may kindly be reimbursed to me at an early date.

रोगी का नाम/Name of the Patient	संबंध/Relationship*	उम्र/Age*	टिप्पणी, यदि कोई/Remarks, if any

*दावे का प्रकार (कृपया किसी एक को ✓ करें।) *Nature of claim (Pl. tick one) -

बहिरंग/Outdoor आंतरिक/Indoor दीर्घकालीन/Prolonged विशेष चिकित्सा प्रक्रिया/Spl. Med. Procedure

उपरोक्त उपचार पर हुए खर्च के बिल/कैश मेमो का विवरण/Details of Cash Memos/Bills for the above treatments :-

क्र.सं.	बिल नं0 Bill No.	दिनांक Date	दुकान का नाम व पता Name of the firm and address	कुल खर्च रकम (₹) Amount Paid (₹)	भुगतान के लिए अग्रसित रकम (₹) Amount Passed for Payment (₹)
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
			कुल/Total (₹0/Rs.)		

*मैं प्रमाणित करता/करती हूँ कि उपरोक्त रोगी मेरे ऊपर पूर्णतः आश्रित है। तथा मेरे/मेरे परिवार के साथ रहता है। मैं यह भी प्रमाणित करता/करती हूँ की उपरोक्त व्यय मेरे द्वारा वास्तव में किया गया है। *I certify that the patient mentioned above is fully dependent on me and is/are residing with me/my family. I further certify that the above expenditure has actually been incurred by me.

स्थान/Place : _____ दावा करने वाले का हस्ताक्षर/Signature of the claimant : _____

दिनांक/Dated : _____ नाम व पद/Name & Designation : _____

संस्थान में कार्य ग्रहण की तिथि : _____ Date of joining the Institute : _____

प्राधिकृत चिकित्सा परामर्शदाता की टिप्पणी/Remarks by Authorised Medical Consultant

उपरोक्त बिल सत्यपित तथाश्रेणी में भुगतान के लिए अग्रसित/Bills Verified and forwarded for payment under _____ Category.

दिनांक/Dated :

प्राधिकृत चिकित्सा परामर्शदाता/Authorised Medical Consultant

कार्यालय प्रयोग के लिए/For Office Use

चिकित्सा सहायता रजिस्टर के पृष्ठ संख्या.....पर प्रविष्टि की गई

चिकित्सा लेखा शीर्ष

कुल स्वीकृत राशि.....

इस वित्तीय वर्ष में अब तक दी जा चुकी कुल राशि.....

.....रु0 के भुगतान के लिए अग्रसारित

बिल सहायक/लेखाकार

लेखाधिकारी

निबंधक

निदेशक

*टिप्पणी - सदस्यों को सलाह दी जाती है कि वे दावे की स्वीकार्यता/पात्रता के संबंध में निबंधक/लेखा कार्यालय से विवरण प्राप्त कर सकते हैं। जो आश्रित, सदस्य या उसके परिवार के साथ नहीं रहते, उन्हें इस सुविधा का लाभ नहीं मिलेगा। वे माता/पिता जिनकी मासिक आय किसी भी स्रोत से (पेंशन सहित) तत्समय आश्रित निर्भरता नियम के अनुसार प्रतिमाह से अधिक है, आश्रितों की श्रेणी में नहीं आते, अतः वे इस सुविधा का लाभ नहीं ले सकेंगे। *Note- In regard to admissibility and eligibility of medical claims, members are advised to consult the Registrar's Office/Accounts Office. Dependents not residing with member/rest of the family are not eligible for this benefit. Parents having an income of as per prevailing dependency category Rule per month or above from any source (including pension) is/are not dependant and hence not eligible for this benefit.