

सी एस आई आर मद्रास कॉम्प्लेक्स

CSIR MADRAS COMPLEX

तरमणी, चेन्नै / THARAMANI, CHENNAI - 600 113

परिषद के कर्मचारियों/पेंशनर/फामिली पेंशनर तथा उनके परिवार की इलाज पर हुए खर्च की वापसी का दावा करने का आवेदन पत्र।

Form of Application for claiming refund of medical expenses Incurred in connection with medical attendance and/or treatment of Council Servants/Pensioners /Family Pensioners and their dependents

1. परिषद कर्मचारी/पेंशनर/फामिली पेंशनर का नाम और पदनाम :  
Name and designation of the Council Servant/ Pensioner/Family Pensioner
2. (i) क्या कर्मचारी की शादी हुई है? :  
Whether married or unmarried ?  
(ii) यदि हाँ, तो पति/पत्नि किस कार्यालय में काम कर रहा है/रही है ? :  
If yes, Office in which wife/husband is employed
3. मूल वेतन(जी.पी के साथ)/मूल पेंशन : रू/Rs.  
Basic Pay(With GP)/Basic Pension
4. वास्तविक निवास का पता :  
Actual residential Address
5. रोगी का नाम और परिषद कर्मचारी/ पेंशनर से उसका संबंध :  
Name of the patient and his/her relationship with the Council employee/pensioner
6. अस्पताल का नाम व पता :  
Name of the Hospital with Address  
(क) ओ.पी.डी इलाज एवं परीक्षण: :  
OPD treatment and investigation  
(ख) आई.पी.इलाज :  
Indoor treatment

P.T.O.

7. प्रवेश की तारीख \_\_\_\_\_ उन्मोचन की तारीख \_\_\_\_\_ (आई.पी. इलाज हो तो)  
Date of admission \_\_\_\_\_ Date of discharge \_\_\_\_\_ (In case of Indoor  
Treatment only)

दावे की कुल धनराशि  
Total Amount claimed

- (क) ओ.पी.डी इलाज : रू / Rs.  
OPD treatment
- (ख) आई पी इलाज : रू / Rs.  
Indoor treatment

8. परामर्श का विवरण :  
Details of Referral

9. चिकित्सा अग्रिम राशि का विवरण, यदि हो तो : रू / Rs.  
Details of Medical advance, if any

### घोषणा / DECLARATION

मैं घोषित करता हूँ कि इस प्रार्थना-पत्र में दिया गया बयान मेरी जानकारी और विश्वास के अनुसार ठीक है और जिस व्यक्ति के ऊपर चिकित्सा व्यय किये गये हैं वह पूर्णतः मुझ पर आश्रित है।

I hereby declare that the statements made in the application are true to the best of my knowledge and belief and that the person for whom medical expenses were incurred is wholly dependent on me. I agree for the reimbursement as is admissible under this rules.

दिनांक /Date :

दावेदार का हस्ताक्षर  
Signature of Claimant

---

**Note :** Misuse of medical facilities is a criminal offence. Suitable action shall be taken in case of willful suppression of facts or submission of false statements. Suitable disciplinary action shall be taken in case of serving employees.

### INFORMATION :

- Separate forms shall be used for each patient
- Prescription, diagnostic report and cash memos should be submitted along with the claim
- Obtain break-up of investigation from the hospital(details and rates of individual tests and the exact number of sugar tests, X-ray films, etc.) as the reimbursable amount is calculated as per approved rates only.
- In the case of indoor treatment, copy of discharge summary is to be submitted with the claim.