



श्री लाल बहादुर शास्त्री राष्ट्रीय संस्कृत विश्वविद्यालय

SHRI LAL BAHADUR SHASTRI NATIONAL SANSKRIT UNIVERSITY

A Central University established by an Act of Parliament

(Formerly Shri Lal Bahadur Shastri Rashtriya Sanskrit Vidyapeetha, Deemed to be University)

Total No. of Enclosure :.....

संलग्नक की कुल संख्या.....

Date of Submission:.....

प्रस्तुत करने की तारीख.....

MEDICAL BILL PROFORMA

(Reimbursement of Medical Expenses)

चिकित्सा बिल प्रपत्र

(चिकित्सा व्यय की प्रतिपूर्ति)

- Name of the Employee :
कर्मचारी का नाम :
- Designation :
पद :
- Pay Matrix : BASIC PAY.....LEVEL.....
वेतन स्तर : मूलभूत वेतन.....स्तर.....
- Whether Empanelled Hospital (yes/No) : YES [] NO []
क्या पैनेल में शामिल अस्पताल (हाँ/नहीं) : हाँ [] नहीं []
- Treatment Taken (OPD/In-patient) : OPD [] In-Patient []
उपचार लिया गया (ओपीडी/अधैर्य) : ओपीडी [] अधैर्य []
- Essentiality Certificate (A/B) enclosed : Certificate 'A' [] Certificate 'B' []
आवश्यक प्रमाण पत्र (ए/बी) संलग्न : प्रमाण पत्र 'ए' [] प्रमाण पत्र 'ए' []
- Details of the Expenditure incurred :
व्यय का विवरण :

A. Personal/Family Details / व्यक्तिगत / पारिवारिक विवरण :-

S.NO. क्र.सं.	PATIENT NAME मरीज का नाम	AGE आयु	RELATIONSHIP संबंध	DOCTOR NAME डॉक्टर का नाम	HOSPITAL/DISPENSARY अस्पताल/डिस्पेन्सरी
1					
2					
3					
4					

B. Charges Details @ CGHS RATE/ शुल्क विवरण @ सीजीएचएस दर :-

S.NO. क्र.सं.	CONSULTATION-(1) क्र.सं.		MEDICINE -(2) क्र.सं.		TEST LABORATORY-(3) क्र.सं.		TOTAL AMOUNT (1+2+3) कुल राशि (1+2+3)
	Date/दिनांक	Amount/राशि	Date/दिनांक	Amount/राशि	Date/दिनांक	Amount/राशि	
1							
2							
3							
4							
Total Amount of Bill Claimed (Rs.)/ बिल की कुल राशि का दावा (रु):-							

DECLARATION/घोषणा

I hereby declare that the statements in the application are true to the best of my knowledge and person(s) for whom medical expenses were incurred is wholly dependent upon me.

मैं इसके द्वारा घोषित करता हूँ कि आवेदन में दिए गए कथन मेरे ज्ञान और व्यक्तियों के लिए सही हैं, जिनके लिए चिकित्सा व्यय किया गया था, वे मुझ पर पूरी तरह निर्भर हैं।

Signature of Employee
कर्मचारी के हस्ताक्षर

(FOR OFFICE USE ONLY / केवल कार्यालय प्रयोग के लिए)

Total Amount Claimed	:	Amount Not Admissible	:
कुल राशि का दावा	:	राशि स्वीकार्य नहीं है।	:
Amount Admissible/Passed	:	Less Advance taken	:
स्वीकार्य/पारित राशि	:	कम अग्रिम लिया।	:

The Total Admissible/Passed amount of Rs.....payable to employee incurred on Medical treatment(s) may be reimbursed to Shri/Smt./Dr./Prof.on dated:.....

कुल स्वीकार्य/पारित राशि रु.....चिकित्सा उपचार (उपचारों) पर किए गए कर्मचारी को देय राशि की प्रतिपूर्ति श्री/श्रीमती/डॉ./प्रो.....दिनांक.....।

DEALING ASSISTANT
संबंधित सहायक

S.O.(ADMN)
अनु.अधि.(प्रशासन)

A.R.(ADMN)
स.कुलसचिव(प्रशासन)