

**राष्ट्रीय जैविक संस्थान**  
**स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय, भारत सरकार**

**कर्मचारी एवं उसके परिवार के सदस्यों के चिकित्सीय परिचर्चा एवं अथवा उपचार  
के संबंध में व्यय किए गए चिकित्सीय व्ययों की वापसी का दावा करने हेतु  
आवेदन-पत्र**

(भर्ती रोगी उपचार हेतु)

1. एनआईबी कर्मचारी का नाम व पदनाम :  
(साफ अक्षरों में)
- (I) विवाहित अथवा अविवाहित :
- (II) यदि विवाहित हो तो पत्नी/पति के  
नियोजित होने का स्थान :
2. कार्यालय, जहां नियोजित हैं :
3. मौलिक नियमों में परिभाषित केन्द्रीय कर्मचारी  
का वेतन एवं अन्य परिलब्धियाँ उन्हें अलग  
से दिखाया जाए :
4. कार्य का स्थान :
5. वास्तविक आवासीय पता :
6. रोगी का नाम और उसका एनआईबी कर्मचारी  
के साथ संबंध :
7. वह स्थान, जहाँ रोगी बीमार पड़ा हो :

**अस्पताल उपचार**

अस्पताल का नाम :  
अस्पताल उपचार के प्रभार, निम्नलिखित के प्रभारों  
को अलग-अलग दें :

- I. आवास (सूचित करें कि क्या यह सरकारी कर्मचारी के पद  
अथवा वेतन के अनुसार था एवं जिन मामलों में यह आवास  
उनके सरकारी कर्मचारी के पद से उच्च हो तो इस संबंध में  
एक प्रमाण-पत्र संलग्न किया जाए कि उनकी पात्रता के अनुसार  
आवास उपलब्ध नहीं था) :

II. आहार :

- III. सर्जिकल ऑपरेशन अथवा चिकित्सीय उपचार :  
अथवा प्रसूति
- IV. पौथोलॉजिकल, बैक्टीरिऑलॉजिकल, रेडियोलॉजिकल अथवा अन्य :  
समान परीक्षण संकेतम
- (क) उस अस्पताल अथवा प्रयोगशाला का नाम, जिसमें उक्त :  
परीक्षण किए गए
- (ख) क्या इन्हें अस्पताल के मामले में, चिकित्सा अधिकारी प्रभारी :  
की सलाह से किया गया। यदि हाँ, तो इस संबंध में प्रमाण-पत्र  
संलग्न करें।
- V. दवाईयाँ :
- VI. विशेष दवाईयाँ (नकदी मेमो एवं अनिवार्यता प्रमाण-पत्र संलग्न करें) :
- VII. सामान्य नर्सिंग :
- VIII. विशेष नर्सिंग अर्थात् रोगी के लिए विशेष नर्स नियुक्त करने के बारे :  
में यह स्पष्ट करें। अस्पताल के मामले में उसे एम.ओ. प्रभारी की सलाह  
पर अथवा सरकारी कर्मचारी अथवा रोगी के अनुरोध पर नियुक्त किया  
गया। उक्त प्रथम मामले में चिकित्सा अधिकारी प्रभारी से तत्संबंधी  
प्रणाम-पत्र एवं उसे अस्पताल के एम.एस से प्रति-हस्ताक्षर करवा कर  
संलग्न किया जाए।
- IX. एंबुलेंस प्रभार  
(जाने एवं आने का विवरण दें)
- X. कोई अन्य प्रकार अर्थात् इलेक्ट्रिक लाइट, पंखा, हीटर, ए.सी. इत्यादि :  
यह बताएं कि क्या ये उक्त सुविधाएं सामान्यतः सभी रोगियों  
को दी जाती हैं और रोगी के पास इनके लिए कोई विकल्प  
नहीं बचता है।

### विशेषज्ञ से परामर्श

प्राधिकृत चिकित्सा परिचारक के अलावा, अन्य विशेषज्ञ अथवा  
एम.ओ. को दी गई फीस

- (क) परामर्श लिए गए विशेषज्ञ अथवा एम.ओ. का नाम एवं :  
उनके अस्पताल का नाम

(ख) परामर्शों की संख्या एवं तारीख और प्रत्येक परामर्श के लिए  
ली गई परामर्श-फीस :

क्या यह परामर्श अस्पताल में विशेषज्ञ अथवा एम.ओ. के परामर्श कक्ष  
में हुआ अथवा रोगी के निवास-स्थान में हुआ एवं :

9. कुल दावित राशि :
10. घटाएं-लिया गया अग्रिम :
11. निवल दावित राशि :
12. अनुलग्नकों की संख्या :

### सरकारी कर्मचारी द्वारा हस्ताक्षर किया जाने वाला घोषणा-पत्र

मैं एतद्द्वारा घोषित करता हूँ कि इस आवेदन में दिए गए विवरण मेरी जानकारी एवं विश्वास से सत्य एवं उत्तम है और जिस व्यक्ति के लिए ये चिकित्सा व्यय किए गए हैं, वह मुझ पर पूर्णतया आश्रित है।

दिनांक : \_\_\_\_\_

सरकारी कर्मचारी के हस्ताक्षर  
कार्यालय