

पारस्परिक कल्याण योजना के अंतर्गत चिकित्सा व्यय
बिल की प्रतिपूर्ति

-
1. निवृत्त कर्मचारी का पुरा नाम :-----
तथा पी.एफ. क्रमांक :-----
 2. निवृत्त होने की तारीख तथा :-----
आखरी पद :-----
 3. संपर्क के लिए पत्ता :-----

 4. युनिट : (रु. 20/40/60/80/ जो :-----
1.12.1982 के बाद निवृत्त हुए)
 5. क्या अपने सभासदत्व का अभी तक : हाँ / नहीं.
पुरा चन्दा दिया है
 6. बिमारी का स्वरूप तथा अवधि : (निम्नवत विवरण के साथ)
नाम आयु. तिथी

 7. इलाज का विवरण और :-----
डॉक्टर के नाम और पत्ता :-----

अस्पताल के नाम और पत्ता :-----
(यदि अस्पताल में भरती हो तो) :-----

औषध विक्रेता का नाम और :-----
बिल क्रमांक और दिनांक :-----

(व्यय का विवरण, नुस्खा, प्रिस्क्रिप्शन संबंधित बिल संलग्न करें)

