

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 पता :-----  
-----  
-----
  4. युनिट : (रु. 20/40/60/80/ जो :-----  
1.12.1982 के बाद निवृत्त हुअे)
  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 पता :-----  
-----  
अस्पताल के नाम और पता :-----  
(यदि अस्पताल में भरती हो तो) :-----  
-----  
औषध विक्रेता का नाम और :-----  
बिल क्रमांक और दिनांक :-----  
-----  
-----

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

मैं प्रमाणित करता हूँ कि उपरोक्त व्यय मैंने अपने लिये / पत्नी / पती के लिये खर्च किया है. मैं साथमें यह भी प्रमाणित करना चाहता हूँ कि उपरोक्त व्यय के दावे के लिए किसी व्यक्तिगत पॉलीसी या दुर्घटना के संबंधमें किसी दावे या किसी स्रोत / साधन के अंतर्गत मुझे राशी की न ता पुरी आंशिक प्रतिपुर्ती की गयी हैं और ना ही मैं उसके लिये पात्र हूँ

मैं और भी प्रमाणित करना चाहता हूँ कि :

- 1) मैं तथा मेरी पत्नी / पती निवृत्त होने के बाद कोई भी नौकरी नहीं कर रहे हैं, अथवा
- 2) किसी संगठन / संस्था से मुझे कोई भी चिकित्सा बिल की प्रतिपुर्ती नहीं मिलती है (अगर आप नौकरी कर रहे हैं तो)

दिनांक :

निवृत्त कर्मचारी के हस्ताक्षर

मैंने सभी बिलों की शिनाख्त / छानबिन की है और सभी बिल सही हैं. मैं सभी बिल मंजूरी के लिये सिफारीश कर रहा हूँ.

दिनांक :

शाखा प्रबंधक, शाखा

-----  
आंचलिक कार्यालय ----- के लिये

बिल दावे की रक्कम :

बिल मंजुर की गयी रक्कम :

(रु. ----- - सिर्फ)

प्रतिनिधी  
(कर्मचारी युनियन)

प्रतिनिधी  
(अधिकारी वर्ग युनियन)

मुख्य प्रबंधक  
(कार्मिक)

धनादेश क्रमांक  
(रुपये :- ----- - सिर्फ)

दिनांक

रु. :

----- - सिर्फ)