

प्र.चि.अ. की. आवक पंजी क्र.
C. M. O.'s R. I. No. _____
दिनांक : _____
Date : _____
संदर्भ : ईएसटी / 132 / _____
COMP. : EST / 132 / _____

सी / आई क्र.
C/I No : _____

कूट सं. } 89237018
Code No. }
एम. ५७ एफ. संशोधित ब्लॉक
M. 57 F/Blk/Rev.

मुंबई पोर्ट ट्रस्ट Mumbai Port Trust

अनुक्रमांक :
Serial No.

१९५६ की न्यासी संकल्प सं. १८२ और १९६६ की न्यासी संख्या ४० के तहत मंजूर चिकित्सा सहायता नियमों के अंतर्गत चिकित्सा व्यय की प्रतिपूर्ति / भुगतान के लिये प्रपत्र
Form for Reimbursement / Payment of medical expenses under Medical Aid Rules sanctioned under T. R. No. 182 of 1956, and T. R. No. 40 of 1966.

कर्मचारी का नाम साफ अक्षरों में
Name of the Employee (in Block Letters) _____

पदनाम Designation	उपनाम Surname	पहला नाम First Name	पिता / पति का नाम Father's / Husband's Name
श्रेणी Grade	अनुभाग Section	विभाग Department	आवास मुंबई की सीमा के अंदर / बाहर Residing within / beyond Greater Mumbai.
वर्तमान मूल वेतन रुपये Present Basic Pay Rs.			

मरीज का नाम
Name of Patient _____
कर्मचारी से रिश्ता : पत्नी / पुत्र / पुत्री / पिता / माता / पति ।
Relation to the Employee : Wife / Son / Daughter / Father / Mother / Husband.
मरीज की आयु
Age of the Patient _____
जॉच करनेवाला चिकित्सा अधिकारी
Medical Attendance by M. O. _____
मुख्य चिकित्सा अधिकारी / सहायक मुख्य चिकित्सा अधिकारी
C.M.O. / A.C.M.O.

विशेषज्ञ द्वारा उपचार (यदि प्र.चि.अ./ सहा.प्र.चि.अ. का पूर्वानुमति लेकर किये गये हों तो)
If attended to by a Specialist only when prior permission has been obtained from C.M.O./A.C.M.O.)

उपचारकर्ता का नाम
Medical Treatment by _____
विशेषज्ञ (यदि हो) का नाम
Name of Specialist, if any _____
जिस अस्पताल में मरीज भर्ती किया गया उस सरकारी / नगरपालिका / सार्वजनिक / निजी अस्पताल का नाम
Name of Govt. / Municipal / Public / Private Hospital to which the patient was admitted : _____

आंतर रुग्ण से _____ तक _____
Inlying Patient : From _____ To _____
बाह्य रुग्ण से _____ तक _____
Out-door Patient : From _____ To _____

व्यय का विवरण Details of Expenditure

1. दवा का मूल्य (नगद रसीद) Cost of Medicines (Cash Memo)*
2. विशेषज्ञ की फीस Fees of Specialists
3. अस्पताल शुल्क Hospital Fees
4. अन्य Miscellaneous

कुल
TOTAL

खर्च की गयी रकम INCURRED		स्वीकार्य रकम ADMISSIBLE	
रुपये Rs.	पैसे P.	रुपये Rs.	पैसे P.

मैं इस द्वारा घोषित करता हूँ, कि जिस उपरोक्त मरीज के संदर्भ में प्रतिपूर्ति का दावा किया है वह/वे मेरे साथ रहता हैं / रहते हैं और पूर्णतः मुझपर निर्भर है ।

I hereby declare that the above named patient/s in respect of whom I have claimed reimbursement is/are residing with and wholly dependent on me

योजना : हाफ नगद रसीद के सिधे दवाईयों के नाम साफ अक्षरों में लिखना आवश्यक है ।

N. B. : Names of Medicines should be written in Block Letters on each Cash Memo.

कर्मचारी के हस्ताक्षर
Signature of the Employee

चिकित्सा अधिकारी की टिप्पणी
Remarks of M. O. _____

चिकित्सा अधिकारी, हस्ताक्षर
Signature of the Medical officer

तारीख
Date _____

दवाखाना
Dispensary _____

क्र. ईएसटी
No. EST / 132 / _____ 20 20 का दिनांक
Date : _____

मुख्य वित्तीय सलाहकार तथा मुख्य लेखाधिकारी को निम्नलिखित प्रकार भुगतान के लिए प्रेषित ।
प्रमाणित किया जाता है कि उपरोक्त कर्मचारी को प्रतिपूर्ति काले के राशी _____ रुपये _____ पैसे है ।
तथा वह चिकित्सा सहायता नियमों के नियम क्र. _____ के अनुसार स्वीकार्य है । संबंधित नगद रसीद तथा अनलानक "अ" संलग्न हैं ।

Forwarded to the Financial Adviser & C.A.O., MB.P.T. for Payment as under :
Certified that the amount to be reimbursed to the above named employee is Rs. _____ P. _____ and the same is admissible under Rule No. _____ of the Medical Aid Rules. The relative cash memo with Annexure 'A' are attached.

संलग्न
D. A. _____

प्र.चि.अ. सहा.प्र.चि.अ.
C.M.O. / A.C.M.O.

सिर्फ लेखा विभाग के उपयोग के लिए FOR USE BY THE ACCOUNTS DEPARTMENT

सत्यापित किया जाता है कि प्र.चि.अ./ सहा.प्र.चि.अ. द्वारा सिफारिश की गयी रकम नियम क्र. _____ के अंतर्गत स्वीकार्य है । संबंधित नगद रसीद की जांच की गयी है तथा भुगतान के लिए वाउचर मंजूर किया गया है ।
Verified that the payment recommended by the C.M.O. / A.C.M.O. is admissible under Rule No. _____. The relative Cash Memo have been scrutinised and the voucher passed for payments.

भुगतान प्राप्त
Payment Received

वाउचर क्र.
Voucher No.

रु. _____ पैसे _____ के लिए मंजूर
रु. अक्षरों में _____

पैसे _____
Passed for Rs. _____ Ps. _____

Say Rs. _____

Ps. _____

क्रय DR.	चिकित्सा विभाग Medical Department	0075
	चिकित्सा व्यय Medical Expenses	0751
	मुख्य चिकित्सा विभाग C.M.O.'s Deptt.	0860

बिल क्लर्क BILL CLERK
टिप्पणी N. B. :

1. जो शब्द लागू न हो उन्हें काट दे ।
Strike out words not necessary.
2. चिकित्सा विभाग द्वारा भर जाना चाहिए
To be filled by Medical Department only

कृते वित्तीय सलाहकार तथा मु. ले. अ.
For FINANCIAL ADVISER & C.A.O.
मुंबई पोर्ट ट्रस्ट MUMBAI PORT TRUST

कॅश मेमो क्र. Cash Memo No.	तिथि Date	आपूर्तिकर्ता का नाम Name of the Supplier	राशी Amount		स्वीकार्य राशी * Amount Admissible	
			रुपये Rs.	पैसे P.	रुपये Rs.	पैसे P.

केवल चिकित्सा विभाग द्वारा भरा जाय ।

* To be filled in by the Medical Department only.

- १. वि. स. पं. क्र. / M. A. R. No. _____
- २. संपर्क दूरभाष संख्या / Contact Phone No. _____
- ३. पहचान पत्र संख्या / Identity Card No. _____
- ४. सेवानिवृत्त कर्मचारीके मामले में घरेलू पता
Residential Address in case of Retired Employee
