



जवाहरलाल नेहरू विश्वविद्यालय / JAWAHARLAL NEHRU UNIVERSITY
चिकित्सा प्रतिपूर्ति दावा फॉर्म / MEDICAL REIMBURSEMENT CLAIM FORM

(दावाकर्ता द्वारा मोटे अक्षरों में भरा जाए) / (To be filled in by the Claimant in BLOCK LETTERS)

क्र.सं./ SI No.	विवरण / Description	सूचना / Information
1.	(क) संकाय सदस्य/कर्मचारी का नाम (a) Name of Faculty/Employee	
	(ख) पदनाम / Designation	
	(ग) स्कूल/सेंटर/विभाग/कार्यालय (c) School/Centre/Department/Office	
	(घ) सीजीएचएस कार्ड सं./जेएनयू चिकित्सा कार्ड सं./अव्याप्त क्षेत्र प्रमाणपत्र सं. (d) CGHS Card No./JNU Medical Card No./ Uncovered Area Certificate No.	
	(ड.) सीजीएचएस औषधालय का नाम जिससे कार्ड संबंधित है (e) Name of CGHS Dispensary to which Card is attached	
	(च) सीजीएचएस की वैधता/जेएनयू चिकित्सा कार्ड/अव्याप्त क्षेत्र प्रमाणपत्र (f) Validity of CGHS Card/JNU Medical Card/ Uncovered Area Certificate	
	(छ) वार्ड हकदारी – निजी/अर्ध-निजी/सामान्य (g) Ward Entitlement – Private/Semi-Private/General	
2.	(क) रोगी का नाम / Name of Patient	
	(ख) रोगी की सीजीएचएस कार्ड सं. / CGHS Card No. of Patient	
	(ग) संकाय सदस्य / कर्मचारी से संबंध (नाता) (c) Relationship with the Faculty/Employee	
3.	अस्पताल/नैदानिक केन्द्र/इमेजिंग सेंटर आदि का नाम और पता जहां से इलाज करवाया है अथवा जांच करवाई है Name & Address of the Hospital/Diagnostic Centre/ Imaging Centre, etc. where Treatment has taken or Investigations done	
4.	क्या नकदी-रहित सुविधा का लाभ लिया गया है Whether Cashless facility has been availed	(हां/नहीं/Yes/No) _____
5.	क्या इलाज के लिए पूर्व अनुमति/रेफरल लिया गया है Whether prior Permission/Referral was taken for the treatment	(हां/नहीं/Yes/No) _____. अनुमति/रेफरल पत्र दिनांक _____ की प्रति पृष्ठ सं. ____ पर संलग्न है। Copy of Permission / Referral letter dated _____ is attached at page No. ____
6.	क्या इलाज एमरजेंसी में करवाया गया है, यदि हां तो एमरजेंसी प्रमाणपत्र संलग्न करें Whether treatment was taken in Emergency, if yes, attach Emergency Certificate	(हां/नहीं/Yes/No) _____. एमरजेंसी प्रमाणपत्र दिनांक _____ की प्रति पृष्ठ सं. ____ पर संलग्न है। Copy of Emergency Certificate dated _____ is attached at page No. ____.
7.	क्या किसी स्वास्थ्य/चिकित्सा बीमा योजना के सदस्य हैं, यदि हां तो दावा की गई/प्राप्त राशि Whether subscribing to any health/medical insurance Scheme, if yes, amount claimed/received	(हां/नहीं/Yes/No) _____ रु./Rs. _____
8.	संलग्नक के अनुसार दावा की गई कुल राशि: Total amount claimed on account of (as per Annexure Enclosed):	
	(क) ओपीडी इलाज / OPD Treatment	रु./Rs. _____
	(ख) भर्ती इलाज /In-patient Treatment	रु./Rs. _____
	(ग) जांच/पड़ताल / Tests/Investigations	रु./Rs. _____
	(घ) ली गई चिकित्सा अग्रिम, यदि कोई हो / Medical Advance taken, if any	रु./Rs. _____
	कुल / Total	रु./Rs. _____

9.	(क) बैंक का नाम / Name of Bank	
	(ख) शाखा का पता (एसबीआई के अलावा) /Address of Branch (other than SBI)	
	(ग) बचत खाता सं. / SB A/c Number	
	(घ) आइएफएससी कूट (एसबीआई के अलावा) / IFSC Code (other than SBI)	

घोषणा / DECLARATION

मैं यह घोषणा करता / करती हूँ कि उपर्युक्त सूचना सही है तथा मैं सीजीएचएस / जेएनयू चिकित्सा लाभार्थी हूँ। यह कार्ड करवाए गए इलाज के समय वैध था। जिस व्यक्ति के लिए चिकित्सा खर्च का दावा किया जा रहा है, वह पूरी तरह से मेरे ऊपर आश्रित है। इसकी प्रतिपूर्ति मौजूदा नियमों के अनुसार की जाएगी तथा यदि किसी राशि का अधिक भुगतान हो जाता है तो मैं इसे लौटा दूंगा / दूंगी। I declare that the above information is correct and I am a CGHS/JNU Medical beneficiary. The Card was valid at the time of treatment taken and the person for whom medical expenses are being claimed is wholly dependent on me. The reimbursement shall be made as per prevailing rules and amount paid excess, if any, shall be refunded by me.

दिनांक / Date: _____

स्थान / Place: _____

संलग्नक/Encls:

1. संलग्नकों की कुल सं./Total Nos. of Enclosures _____
(स्व-प्रमाणित/ Self attested)
2. संकाय सदस्य/कर्मचारी तथा रोगी के सीजीएचएस/जेएनयू चिकित्सा कार्ड की प्रतिलिपि (पृष्ठ सं. _____ पर संलग्न है) / Photocopy of CGHS/JNU Med. Card of Faculty / Employee & Patient (is attached at page No. _____)
3. प्रतिलिपियां/मूल/पर्चियां / Photocopies/Original Prescriptions.
4. रसीद / मूल बिल / Cash Memos/Bills (in Original).

दावाकर्ता का हस्ताक्षर / Signature of Claimant _____

संकाय सदस्य/ कर्मचारी सं. / Faculty/Employee I.D. _____

मोबाइल नंबर / Mobile Number _____

ईमेल / e-mail _____

चिकित्सा दावा बिल (लों) के विवरणPARTICULARS OF MEDICAL CLAIM BILL(S)

संकाय सदस्य/कर्मचारी का नाम /Name of Faculty/Employee _____ पदनाम / Designation _____

स्कूल/सेंटर/विभाग/कार्यालय / School/Centre/Deptt./Office _____ रोगी का नाम / Name of Patient _____

क्र. सं. Sl.No.	बिल सं. Bill No.	दिनांक Date	विवरण / Description	दावा की गई राशि Amount Claimed	पास की गई राशि Amount Passed
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					
11.					
12.					
			कुल रु. /Total Rs.		

नोट: यदि जरूरी हो तो अतिरिक्त शीट संलग्न करें

Note: Attach Additional sheet, if required.

दिनांक / Date:

दावाकर्ता के हस्ताक्षर / Signature of Claimant

केवल कार्यालयी प्रयोग के लिए हेतु
SPACE FOR OFFICIAL USE ONLY