

पेंशनभोगी

राष्ट्रीय शैक्षिक योजना एवं प्रशासन संस्थान 17-बी, श्री अरविंद मार्ग, नई दिल्ली - 110016

(चिकित्सकीय व्यय प्रतिदाय हेतु आवेदन-पत्र का प्रयोग करें)
(विशेष टिप्पणी: प्रत्येक रोगी हेतु अलग प्रपत्र का प्रयोग करें)

1. नाम, पदनाम एवं मूल वेतन -----
2. क्या विवाहित अथवा अविवाहित हैं -----
3. यदि विवाहित हैं, तो वह स्थान
जहाँ पति/पत्नी नियोजित हैं -----
4. आवासीय पता -----
5. आश्रित रोगी का नाम -----
6. स्थान जहाँ रोगी रोगग्रस्त हुए -----
7. रोग की प्रकृति और समयावधि -----
8. पंजीकृत परामर्शदाता
चिकित्सक का नाम -----
- दावा की गई राशि का विवरण** -----
- i.) परामर्श -----
- ii.) इंजेक्शन -----
- iii.) प्रयोगशाला परीक्षण -----
- iv.) औषधि -----
9. संलग्नकों की सूची -----

नीपा के कर्मचारी द्वारा हस्ताक्षरित घोषणा

मैं एतद्वारा प्रमाणित करती/करता हूँ कि आवेदन-पत्र का विवरण मेरे सर्वोत्तम ज्ञान और सत्य है कि जिनके लिए चिकित्सा व्यय हुआ है वे पूर्णरूप से मुझपर आश्रित हैं।

विश्वास के अनुसार

नीपा कर्मचारी के हस्ताक्षर

तिथि :

रु. ----- के भुगतान हेतु स्वीकृत (रुपये) -----

(वित्त अधिकारी)

अनिवार्यता प्रमाणपत्र

मैं प्रमाणित करती/करता हूँ कि श्री/श्रीमती/कु. ----- राष्ट्रीय शैक्षिक योजना एवं प्रशासन संस्थान, नई दिल्ली में नियोजित ----- श्री/श्रीमती/कुमारी के पति/पत्नी/पुत्र/पुत्री/माता -----
- से ----- तक की अवधि के दौरान ----- हेतु मेरे औषधालय/परामर्श कक्ष में उपचाराधीन रही/रहें हैं तथा निम्नलिखित निर्धारित औषधियाँ रोगी की स्थिति में गंभीर क्षय की रोकथाम/आरोग्य प्राप्ति हेतु अनिवार्य थीं। इन औषधियों में सांपत्तिक निर्मितियाँ शामिल नहीं हैं जिसके लिए समान उपचारात्मक गुण के सस्ते पदार्थ उपलब्ध हैं, न ही ऐसी निर्मितियाँ हैं जो मुख्यतः भोजन, टैबलेट अथवा रोगाणुनाशक हैं।

औषधि का नाम

मात्रा

मूल्य

चिकित्सक के हस्ताक्षर एवं उनकी चिकित्सकीय अर्हताएं

पंजीकरण संख्या. -----

चिकित्सा परिषद जिसके साथ पंजीकृत हैं -----

तिथि: -----