होटल प्रबंधन संस्थान, अहमदाबाद

INSTITUTE OF HOTEL MANAGEMENT CATERING TECHNOLOGY AND APPLIED NUTRITION AHMEDABAD

MEDICAL REIMBURSEMENT BILL

Under GOI order No. 1(17)/94 HMC Date: 22.09.95 & IHM O.O. No. 1-28 Admin./00.01 Date: 7-8-2000

भारत सरकार के आदेश संख्या 1 (17) / 94 एचएमसी दिनांक: 22.09.95 और IHO O.O. के तहत चिकित्सा प्रतिपूर्ति बिल क्रमांक 1-28 व्यवस्थापक I/00.01 दिनांक: 7-8-2000.

Form application for claiming refund of medical expenses treatment of Central Govt. servants and their Families

कर्मचारी और उनके परिवार के लिए केंद्रीय सरकार के चिकित्सा व्यय उपचार के रिफंड का दावा करने के लिए आवेदन

1. Name & Designation of the Employee _____
   कर्मचारी का नाम और पदनाम
2. Year of which claim is preferred _____
   किस वर्ष का दावा किया गया है
3. Amount reimbursed earlier _____
   पहले प्रतिपूर्ति की गई राशि
4. Reimbursement claimed for _____
   प्रतिपूर्ति के लिए दावा किया गया है

(A) Self (स्व :)

Doctor	Date	Fees	Prescribed		Medicine Purchased		
			Medicine	Qty.	Bill No.	Quantity	Amount

(B)Reimbursement for Family Member / Relatives (परिवार के लिए प्रतिपूर्ति) :

Name of the Patient	Relationship With Employee	Dr. Name	Date	Fees	Prescribed		Medicine Purchased		
					Medicine	Qty.			

Name of the Patient	Relationship With Employee	Dr. Name	Date	Fees	Prescribed		Medicine Purchased		
					Medicine	Qty.	Bill No.	Quantity	Amt.

Total_____

I certify that the information provided above to the best of my knowledge & belief is true, further certify that the person for whom medical expenses claimed is wholly dependent upon me.

मैं प्रमाणित करता/करती हूं कि ऊपर दी गई जानकारी मेरे ज्ञान और विश्वास के अनुसार सत्य है, आगे यह प्रमाणित करता/करती हू कि जिस व्यक्ति के लिए चिकित्सा व्यय का दावा किया गया है, वह मुझ पर पूरी तरह निर्भर है।

तारीख Date: _____

Signature of the Employee

कर्मचारी के हस्ताक्षर

Note: (1) The doctor under whom treatment is taken must be at least M.B.B.S. or equivalent.

नोट: (१) जिस डॉक्टर के तहत इलाज किया जाता है वह कम से कम एम.बी.बी.एस. या उसके बराबर होना चाहिए ।

(1) The claim must be supported with the copy of doctor's prescription and original bills for purchase of medicine.

(2) दावे को डॉक्टर के पर्चे की कॉपी और दवा खरीदने के मूल बिलों के साथ समर्थित होना चाहिए।

(3) Details of enclosures.

(३) संलग्नक का विवरण

कुल (ए) + (बी)रु/Total of (A) + (B) Rs._____

राशि स्वीकृत राशि रु./Amount Sanctioned Rs. _____

पिछला बकाया रु./Previous outstanding Rs._____

(रु.Rupees _____)

Verified by
द्वारा सत्यापित

certified by
द्वारा प्रमाणित

Payment approved
भुगतान स्वीकृत