



इन्दिरा गाँधी राष्ट्रीय उडान अकादमी
Indira Gandhi Rashtriya Uran Akademi
चिकित्सीय प्रतिपूर्ति प्रपत्र
Medical Reimbursement Form

1. (क) कर्मचारी का नाम
Name of the Employee
(ख) कर्मचारी संख्या
Employee Code No.
(ग) पद
Designation
(घ) निवासी
House address
(ङ) मूल वेतन
Basic Pay
2. (क) रोगी का नाम
Name of the patient
(ख) कर्मचारी से सम्बन्ध
Relation with the Employee
(ग) जन्म तिथि
Date of Birth
(घ) विवाहित/अविवाहित
Married/Unmarried
3. यदि दुर्घटना हुई तो उसका संक्षिप्त विवरण
In case of accident, give brief description
4. रोग का प्रकार
Type of illness/disease
कृपया अपने शब्दों में लिखें।
(Mention in your own words, please don't write just as per the prescription)
(ख) रोग से प्रभावित होने की तिथि
Contacted on
(ग) स्वस्थ होने की तिथि
Found fit on
5. चिकित्सक का नाम/अस्पताल
Name of Doctor/Hospital
6. चिकित्सीय अग्रिम राशि यदि कोई हो
Medical advance if any

आवेदित राशि
Amount claimed

Rs.

तिथि :
Date :

कर्मचारी के हस्ताक्षर
Signature of the Employee

1. परामर्श शुल्क
Consultation Fee
2. कक्ष किराया
Room Rent Charges
3. शल्य/प्रसूती प्रभार
Operation/Delivery Charges
4. एनसथेटिक शुल्क
Anaesthetist Fee
5. शल्यक शुल्क
Surgical Fee
6. केमिस्ट बीजक
Investigations
7. पारित धनराशि
Passed for Rs.
- 9.
- 10.

हस्ताक्षर फार्मसिस्ट/मेडिकल अटेंडेन्ट
Signature of Pharmacist

ह० चिकित्सा अधिकारी
Signature of M. S.

वित्त विभाग
Finance Deptt.

प्रशासनिक विभाग
Admn. Deptt.

लेखाधिकारी
Acct. Officer