



कोचीन शिपयार्ड लिमिटेड COCHIN SHIPYARD LIMITED

कोचीन / COCHIN - 682 015

अउट पेश्यन्ट उपचार की ओर चिकित्सा प्रतिपूर्ति के लिए फार्म
FORM FOR MEDICAL REIMBURSEMENT FOR OUTPATIENT TREATMENT

अधिकारियों और पर्यवेक्षकों को छोड़कर अन्य कर्मचारियों के उपयोगार्थ
For use of Employees other than Executives & Supervisors

कर्मचारी का नाम Name of employee	पदनाम Designation	मूलवेतन Basic Pay	विभाग Department	कोड सं Code No

- रोगी का नाम
Name of Patient : उम्र / Age वर्ष / Yrs
- कर्मचारी से संबंध
Relationship to the Employee :
- निवास पता
Residential Address :
- किस स्थान पर रहते वक्त रोगग्रस्त हुआ ?
Place at which the patient fell ill :
- चिकित्सा की अवधि
Period of Treatment : From से to तक
- अउट पेश्यन्ट सं।
Outpatient Number :
- प्राधिकृत चिकित्सा अधिकारी/अस्पताल / नर्सिंग होम
डॉक्टर का निवास / का नाम और पंजीकरण संख्या
Name & Regn. No. of AMA/Hospital/
Nursing Home / Doctor's Residence :
- रोग का नाम (डॉक्टर (प्र चि अ) द्वारा भरा जाए)
(a) Name of illness :
(To be filled in by the Doctor (AMA))
- माँगी गई राशि
Amounts claimed:- :
(क) परामर्श शुल्क (A) Consultation Fee :
(यदि किसी अस्पताल के अउटपेश्यन्ट हो तो अस्पताल की मोहर लगाएँ)
(*Hospital seal to be affixed in case of outpatient of any hospital)

क्रम सं। Sl. No.	परामर्श की तारीख Date of consultation	बिल संख्या और तारीख Bill No & Date	(रकम रुपए) Amount (Rs)
		योग (का) TOTAL (A)	

रुपए में शुल्क की ओर रुपए (..... रुपए) प्राप्त हुए ।
Received Rs. (Rupees.....) as consultation fee

डॉक्टर (प्रा. चि. अ.) का हस्ताक्षर
Signature of Doctor (AMA)
पंजी सं. Reg. No.

(Hospital Seal)

(माँहर / Seal)

(B) Medicines (Please support claim by Doctor's prescription and cash vouchers indicating name of patient and Doctor. Use additional sheets if required)

(B) Medicines (Please support claim by Doctor's prescription and cash vouchers indicating name of patient and Doctor. Use additional sheets if required)

[illegible]

(ग) अन्य प्रभार (नुसखा और रोगी व डॉक्टर का नाम सूचित करने वाले रोकड वाउचर संलग्न करें जिसके साथ प्रत्येक टेस्ट जैसे टेस्टों की सं / उपयोगित फिल्मों के साइज व सं हर टेस्ट की दर आदि का विवरण दे । आवश्यकतानुसार अनुबन्ध लगाए ।)

(C) **Other Charges** (Please support the claim with prescription & cash vouchers indicating name of patient and doctor together with details of each test such as No. of tests / size & No of films used, rate per test etc. Use annexures if required.

क्रम सं. Sl. No.	(औषधों का नाम (साक अक्षरों में) Name of Medicines (IN BLOCK LETTERS)	बिल संख्या और तारीख Bill No & Date	रकम /Amount रु /Rs.	पे/Ps.
1.	एक्सरे फिल्म का साईज़ व सं / X-ray (size & No. of films)			
2.	इ.सी.जी / ECG			
3.	स्कान चार्ज / Scan Charges			
4.	इन्जेक्शन चार्ज / Injection Charges			
5.	प्रयोगशाला जाँच (जाँच का नाम लिखें) Lab Tests (Specify name of test)			
	(a)			
	(b)			
	(c)			
	(d)			
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
		(योग (ग)) TOTAL (C)		
	योग (क + ख + ग) Total (A+B+C) Rs			

योग (क + ख + ग) Total (A+B+C) Rs

प्रमाणित किया जाता है कि उपरोक्त दावे असली है और कोचीन शिपयार्ड लि. चिकित्सा सहायता योजना के अनुसार है। यह भी प्रमाणित किया जाता है कि का म एकमात्र

आश्रय हैं तथा वे मेरे साथ रहते/रहती हैं । मेरे पिताजी की मासिक आय केवल रुपये हैं ।

Certified that the above claims are bonafide and in accordance with CSL Medical Assistance Scheme. Also certified that is solely dependent on me and is residing with me/

my family at Monthly income of my father/ mother is Rs..... only.

तिथि / Date:-

कर्मचारी का हस्ताक्षर / Signature of Employee

नाम / Name

फोन / Phone Extn No.:

Admitted for Rs..... रुपये के लिए स्वीकृत ।

लेखाकार / Accountant

नियंत्रण अधिकारी /Controlling Officer