

इण्डियन एसोसियेशन फॉर द कल्चिवेशन ऑफ साइन्स

INDIAN ASSOCIATION FOR THE CULTIVATION OF SCIENCE

यादवपुर, कोलकाता - 700032 / Jadavpur, Kolkata 700032.India

चिकित्सा खर्च का दावा प्रत्र MEDICAL EXPENSES CLAIM FORM

कृपया अलग-अलग रोगियों के लिए अलग-अलग फार्म का व्यवहार करें।

1) Please use separate form for each patient.

२) दावों को उपयुक्त समर्थन दस्तावेजों के साथ जैसे, औषध निर्देशन पत्र, रसीदें संबंधित प्रमाणपत्र विशिष्ट कारणों में विशेषज्ञ के इलाज की आवश्यकता का चिकित्सक सलाह पत्र इत्यादि

Claims should be supported by appropriate document - prescription, receipts, relevant certificates, reference from Doctor for treatment by specialists etc. depending on the specific etc.

कर्मचारी का नाम NAME OF THE EMPLOYEE	पेंशनभुक्त/परिवार पेंशनभुक्त Pensioner / Family Pensioner	अध्येता (परि/समनुदेश) Scholar (Proj/Assn.)	मूल वेतन Pay in Pay Band (Rs.)	पद DESIGNATION
विभाग / इकाई / अनुभाग Department / Unit / Section				
रोगी का नाम NAME OF PATIENT :		उम्र / Age	रिश्तेदारी RELATIONSHIP	
अस्वस्थता की अवधि Duration of illness		चिकित्सक का नाम (गृह चिकित्सक / विशेषज्ञ) NAME OF THE DOCTOR (Family Physician / specialist)		
से / from		तक / to		
उपचार का ब्योरा Details of Treatment		विवरण Particulars		खर्च हुई रकम Amounts Spent
क्लिनिक पर परामर्श Consultation at clinic				रु. / Rs.
गृह पर परामर्श Consultation at home				पै. / P.
पैथोलॉजिकल / रेडियोलॉजिकल या अन्य जाँच Pathological / Radiological / other Tests				

