

प्रपत्र संख्या 06/ Form No. 06	एचआर-2 (एचसीएम-2)/HR-2 (HCM-2) चिकित्सा दावा प्रपत्र – बाह्य रोगी विभाग उपचार MEDICAL CLAIM FORM - OUT PATIENT DEPARTMENT TREATMENT	भारतीय प्रौद्योगिकी संस्थान मुंबई पवई, मुंबई महाराष्ट्र, भारत. INDIAN INSTITUTE OF TECHNOLOGY BOMBAY Powai, Mumbai-400076 Maharashtra, India.
-----------------------------------	--	---

विद्यार्थियों तथा संस्थान के कर्मचारियों एवं उनके परिवार के सदस्यों के चिकित्सा शुश्रूषा एवं उपचार संबंधी चिकित्सा व्यय प्राप्त के लिए आवेदन।/ Application for claiming refund of medical expenses incurred in connection with medical attendance and treatment of students, Institute's Employees and their families.

(ध्यान दें- प्रत्येक रोगी के लिए अलग-अलग प्रपत्र का प्रयोग करें।) / (N. B. Separate Form should be used for each patient)

1. दावेदार के विषय में जानकारी।/ Information of the Claimant		
दावेदार का नाम/Claimant's Name	पद/Designation/Programme	विभाग/Department

SAP ID /Roll No. गतिमान क्रमांक	गतिमान क्रमांक/Mobile No.	ई-मेल आई डी / E-Mail ID

II रोगी संबंधित जानकारी / Information regarding the patient				
रोगी का नाम/ Patient's Name	रिश्ता / Relationship	बीमारी का स्वरूप एवं अवधि / Nature of illness & its period	निर्देशित चिकित्सा अधिकारी का नाम/तिथि / Name of Referring Medical Officer/Date	निर्देशित अस्पताल का नाम / Referred Hospital Name

III निम्नलिखित चिकित्सा व्यय का विवरण दें। / Please provide the following details of medical expenses.
ध्यान दें - मूल बिल रसीद/दावा की पर्ची/ एवं भा.प्रौ. सं. मुंबई का सन्दर्भ संलग्न करें। / N.B. Attach original bill receipt/s,
prescription/s and IIT Hospital reference.

क्र.सं. Sr. No.	विवरण / Particulars	राशि (₹.) / Amount (INR)	क्र.सं. Sr. No.	औषधि का नाम /Name of the Medicine	राशि (₹.) / Amount (INR)
1	इमेजिंग/ एम आर ई/सी टी स्कैन Imaging/MRI/CT Scan				
2	डायलिसिस / Dialysis				
3	रेडियोथेरेपी / Radiotherapy				
4	उपकरण खरीद / Appliance Purchased				
5	प्रयोगशाला परीक्षण / Laboratory Tests Done				
6	परामर्श शुल्क / Consultation Charges				
7	विविध प्रभार / Miscellaneous Charges				
	कुल / Total			कुल / Total	

दावा की गई कुल राशि / Total amount claimed :

संलग्नकों की कुल संख्या / Total Number of enclosures :

प्राप्त अग्रिम राशि / Advance Taken :

कचारी सदस्य द्वारा हस्ताक्षरित घोषणापत्र / **DECLARATION TO BE SIGNED BY THE MEMBER OF THE STAFF**

मैं एतद्वारा घोषणा करता हूँ कि इस आवेदन में दिए गए तथ्य मेरी जानकारी एवं विश्वास से सत्य हैं एवं जिसका चिकित्सा व्यय वहन किया गया है, और वह पूर्णरूप से मुझ पर आश्रित हैं और वह परिवार का कमाऊ सदस्य नहीं है। / I hereby declare that the statement made in this application are true to the best of my knowledge and belief/and that the person for whom medical expenses were incurred is wholly dependent upon me and is not an earning member of the family.

दिनांक/Date :

दावेदार के हस्ताक्षर/Claimant's Signature

प्रतिहस्ताक्षरित एवं प्रमाणित किया जाता है कि यह दावा / **Countersigned and certified that the claim:**

1. वास्तविक है
2. नियम एवं विषय संबंधी आदेश के अनुसार है
3. बिल, रसीद एवं अन्य प्रमाणपत्रों आदि द्वारा समर्थित है
4. इन्हें पहले से आहरित नहीं किया गया था एवं
5. मेरे द्वारा मंजूर/प्रतिहस्ताक्षरित किया गया है। / i) is genuine. ii) is covered by the rules and orders on the subject. iii) is supported by bills, receipt and other certificates etc. iv) was not drawn before and v) has been sanctioned/countersigned by me.

कुलसचिव-Registrar/ उप कुलसचिव (एचसीएम-2)-Dy. Registrar HR-2