

क्रेन्द्रीय सरकार स्वास्थ्य योजना
चिकित्सा दावो की प्रतिपूर्ति की संशोधित जांच सूचि
Central Government Health Scheme
Revised check list for reimbursement of Medical Claims

1. के.स.स्वा.यो. टोकन संख्या : जारी करने का स्थान
C.G.H.S. token number : Place of issue
 2. के.स.स्वा. कार्ड की वैधता तथा हकदारी (पेन्शन भोगियों के लिए)
Validity and entitlement of C.G.H.S. card (for pensioners)
 3. कार्ड धारक का पूरा नाम (बड़े अक्षरों में)
Full name of card holder (in capital letters)
 4. निम्नलिखित दस्तावेज प्रस्तुत किये जाने हैं।
(कृपया सम्बन्धित कालम (✓) में निशान लगाये)
Following documents are to be presented
(Please tick related column (✓))
- | | |
|--|----------|
| (क) चिकित्सा प्रपत्र - 2014 | हां/नहीं |
| A. Medical form - 2004 | yes/no |
| (ख) के.स.स्वा.यो. कार्ड की फोटो कॉपी | हां/नहीं |
| B. Photocopy of C.G.H.S. card | yes/no |
| (ग) मूल बिलों की संख्या | हां/नहीं |
| C. Numbers of original bills | yes/no |
| (घ) अस्पताल छोड़ने की कॉपी (प्रति) | हां/नहीं |
| D. Discharge copy of hospital slip (Photocopy) | yes/no |
| (ङ) विशिष्ट मुख्य चिकित्सा अधिकारी द्वारा भेजे जाने की प्रति | हां/नहीं |
| E. Copy of refereed by chief Medical Officer | yes/no |
| (च) क्या अस्पताल ने लैब जाँचों के लिए ब्यौरे दिए हैं। | हां/नहीं |
| E. Whether hospital has given details of laboratory tests | yes/no |
| (छ) यदि मूल दस्तावेज खो गये हैं तो निम्नलिखित दस्तावेज प्रस्तुत किये जाने हैं | |
| 1. दावा-दस्तावेजों पेपर से की छायाप्रतियां | हां/नहीं |
| 2. स्टाम्प पेपर पर शपथ पत्र | हां/नहीं |
| G. If original papers have been lost the following documents are to be submitted | |
| 1. Photocopies of claim papers | yes/no |
| 2. Affidavit on stamp paper | yes/no |
| 1. दावा-दस्तावेजों की छायाप्रतियां | हां/नहीं |
| 2. स्टाम्प पेपर पर शपथ पत्र | हां/नहीं |

(ज) कार्ड धारक की मृत्यु के मामले में निम्नलिखित दस्तावेज प्रस्तुत किये जाने हैं।

1. दावेदार द्वारा स्टाम्प पेपर पर शपथ पत्र
2. अन्य कानूनी उत्तराधिकारियों के स्टाम्प पेपर पर अनापत्ति प्रमाण - पत्र
3. मृत्यु प्रमाण - पत्र की प्रति

H. In case of death of cardholder, following documents are to be submitted

1. Affidavit on stamp paper by claimant
2. No objection certificate on stamp paper by other legal successor
3. Photocopy of death certificate

Date

दिनांक

C.G.H.S. cardholder's signature

के.स.स्व.यो.के. कार्डधारक के हस्ताक्षर

Employee/official's full name

कर्मचारी/अधिकारी का पूरा नाम

Designation

पदनाम

Mobile number/extension number

माबाईल नं./एक्टेन्सन नं

नोट:- के.स.स्वा.यो. की सुविधाओं का गलत उपयोग एक दण्डनीय अपराध है। जिसमें के.स.स्व.कार्ड का रद्द करना सहित उपयुक्त कार्यवाही की जायेगी। कार्यरत कर्मचारी के मामले में उपयुक्त अनुशासनात्मक कार्यवाही की जायेगी।

Note:- Misuse of CGHS facilities is a criminal offence. Suitable action including cancellation of CGHS card.

Suitable disciplinary action shall be taken in case of serving employee.

फार्म सं. 2/Form No. 2
कार्यालय महानिदेशक लेखापरीक्षा, केन्द्रीय व्यय, नई दिल्ली - 110 002
केन्द्रीय सरकार स्वास्थ्य योजना

Officer of the Director General of Audit, Central Expenditure, New Delhi - 110 002
Central Government Health Scheme

के.स.स्वा. योजना के लाभार्थियों की चिकित्सा दावों की प्रतिपूर्ति के लिए चिकित्सा फार्म - 2004
Medical form-2004 for C.G.H. Scheme's beneficiary's Medical Claims reimbursement

कर्मचारी संख्या:
Employee code :
बिल नम्बर
Bill number
पदनाम
Designation

(दावेदार द्वारा भरा जाना है)
(To be filled by claimant)

1. के.स.स्वा.यो टोकन संख्या जारी करने का स्थान
C.G.H.S. token number place where issued
2. के.स.स्वा.यो के टोकन कार्ड से तक की वैधता तथा हकदारी
प्राइवेट/सेमी प्राइवेट/सामान्य।
C.G.H.S. token card valid from till and entitlement private /
semiprivate/general.
3. कर्मचारी का पूरा नाम (स्पष्ट अक्षरों में)
Employee's full name (in capital letters)
4. पूरा पता
Full address
5. टेलीफोन संख्या..... कार्यालय..... निवास
Telephone number Office Residence
6. बैंक का नाम..... शाखा..... स्टेट बैंक खाता संख्या
Name of the Bank Branch
Bank account number
7. रोगी का नाम और कार्ड धारक के साथ सम्बन्ध
Patient's name and relationship with the cardholder
8. मूल वेतन तथा ग्रेड वेतन
Basic pay and grade pay

9. अस्पताल का नाम पता सहित/Name of the hospital with address
वा.रो. उपचार तथा जांच/O.P.D. treatment and investigation
अंतरंग उपचार/Indoor treatment
10. दाखिले की तिथि..... छोड़ने की तिथि (केवल अंतरंग उपचार के मामले में)
Date of admission Date of discharge (Only in Indoor treatment)
11. दावा की गई कुल राशि
(क) वा.रो. उपचार (ख) अंतरंग उपचार
Total claimed amount
(A) O.P.D. treatment (B) Indoor Treatment
12. अनुमति का विवरण
Details of permission
13. अग्रिम चिकित्सा राशि यदि कोई हो, का विवरण
Details of Medical Advance taken, if any

घोषणा - मैं यह घोषित करता/करती हूँ कि आवेदन में दिया गया विवरण मेरी जानकारी और विश्वास के साथ ठीक है और जिस व्यक्ति के लिए चिकित्सा व्यय वहन किया गया था, वह मुझ पर पूर्णतः आश्रित है। मैं प्रतिपूर्ति के लिए सहमत हूँ जैसा कि नियमों के अंतर्गत ग्राह्य है।

Declaration - I hereby declare that the statements made in the application are true to the best of my knowledge and belief and the person for whom medical expenses were incurred is wholly depended on me. I agree for the reimbursement as is admissible under the rules.

के.स.स्वा.यो. कार्डधारक के हस्ताक्षर

C.G.H.S. cardholder's signature

कर्मचारी/अधिकारी का पूरा नाम

Full name of the employee/officer

पदनाम

Designation

मोबाईल नं./एक्सटेंशन नं.

Mobile No./Extension No.

दावा की गई राशि ग्राह्य राशि

Claimed amount admissible amount

लेखापरीक्षा अधिकारी (बिल)

Audit Officer (Bill)

निदेशक (प्रशासन)

Director (Admin)