

**फार्म सं.-2/Form No.-2**

**कार्यालय महानिदेशक लेखापरीक्षा (केंद्रीय व्यय) नई दिल्ली-110002**

**केन्द्रीय सरकार स्वास्थ्य योजना**

**Office of the Director General of Audit (Central Expenditure) New Delhi-110002**  
**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.S. Scheme'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 प्राईवेट/सेमी प्राईवेट/सामान्य।.....  
C.G.H.S. token card valid from.....till.....and  
Entitlement private/semi private/general.....

3-कर्मचारी का पूरा नाम (स्पष्ट अक्षरों में).....  
Employee's full name (capital letters).....

4- पूरा पता .....  
Full address.....

5-टेलीफोन संख्या.....कार्यालय.....निवास.....  
Telephone number.....office.....Residence.....

6-बैंक का नाम ..... IFSC..... बैंक खाता संख्या.....  
Name of the Bank..... IFSC .....  
Bank account number.....

7- रोगी का नाम और कार्ड धारक के साथ संबंध.....  
Patient's name and relationship with the cardholder.....

8- मूल वेतन तथा लेवल .....  
Basic pay and Level .....

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.....

Total claimed amount.....

(क) वा.रो.उपचार.....(ख) अंतरंग उपचार.....

(A) O.P.D.treatment..... (B) Indoor Treatment.....

12- अनुमति का विवरण ..... Details of permission.....

13- अग्रिम चिकित्सा राशि का विवरण, यदि कोई

हो,.....

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 एवं कर्मचारी स.....

Designation & Employee Code.....

मोबाईल नं./एक्सटेंशन नं.....

Mobile No./ Extension No.....

दावा की गई राशि.....ग्राह्य राशि.....

Claimed amount.....admissible amount.....

व.लेखापरीक्षा अधिकारी (बिल)

Sr.Audit Officer (Bill)

निदेशक (प्रशासन)

**केन्द्रीय सरकार स्वास्थ्य योजना**  
**चिकित्सा दावो की प्रतिपूर्ति की संशोधित जाँच सूची**  
**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 (पेंशन 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 किए जाने हैं।  
(कृपया सम्बन्धित कालम में (सही/गलत) का निशान लगाएं)  
(Please tick related column (yes/no)
- (क) चिकित्सा प्रपत्र-2014  
Medical form-2014
- (ख) के.स.स्वा.यो. कार्ड की फोटोकॉपी  
Photocopy of C.G.H.S. card
- (ग) मूल बिलों की संख्या  
Numbers of original bills
- (घ) अस्पताल छोड़ने की कॉपी (प्रति)।  
Discharge copy of hospital slip (photocopy).
- (ङ) मुख्य चिकित्सा अधिकारी द्वारा भेजे जाने की प्रति ।  
Copy of refereed by chief Medical Officer.
- (च) क्या अस्पताल ने लैब जाँचों के लिए ब्यौरे दिए हैं।  
Whether hospital has given details of laboratory tests.
- (छ) दिये गए मूल दस्तावेज खो गये हैं तो निम्नलिखित दस्तावेज प्रस्तुत किये जाने हैं।
- G If original papers have been lost the following documents are to be submitted.
- 1- दावा-दस्तावेजों पेपर से की छायाप्रतियाँ  
Photocopies of claim papers
- 2- स्टाम्प पेपर पर शपथ पत्र  
Affidavit on stamp paper

हाँ/नहीं  
yes/no  
हाँ/नहीं,  
yes/no  
हाँ/नहीं,  
yes/no  
हाँ/नहीं,  
yes/no  
हाँ/नहीं,  
yes/no  
हाँ/नहीं,  
yes/no  
हाँ/नहीं,  
yes/no  
हाँ/नहीं,  
yes/no  
हाँ/नहीं,  
yes/no  
हाँ/नहीं,  
yes/no

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

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

- 1- दावेदार द्वारा स्टाम्प पेपर पर शपथ पत्र।  
Affidavit on stamp paper by claimant.
- 2- अन्य कानूनी उत्तराधिकारियों के स्टाम्प पेपर पर अनापत्ति प्रमाण-पत्र ।  
No objection certificate on stamp paper by other legal successor
- 3- मृत्यु प्रमाण-पत्र की प्रति।  
Photocopy of death certificate.

दिनांक.....

Date.....

के.स.स्वा.यो. के कार्डधारक के हस्ताक्षर.....

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

कर्मचारी/अधिकारी का पूरा नाम.....

Employee/official's full name.....

मोबाईल नं./एक्टेन्सन नं.....

Mobile number/Extension number.....

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

**NOTE-** Misuse of C.G.H.S. facilities is a criminal offence. Suitable action including Cancellation of CGHS card and Suitable disciplinary action shall be taken in case of serving employee.