

महालेखाकार कार्यालय (लेखा एवं हकदारी) उत्तराखण्ड, देहरादून
चिकित्सा दावे के निपटान हेतु प्रपत्र
Office of the Accountant General (A&E) Uttarakhand, Dehradun
Form for Disposal of Medical Claim

1. कर्मचारी का नाम:

1. Name of the Employee:

(क) पदनाम एवं व्यक्तिगत पहचान पत्र:

A. Designation & Personal ID:

(ख) स्वयं अथवा परिवार:

B. Self or family:

(ग) यदि परिवार के लिए है तो - रोगी का नाम:

C. If for the Family-name of the Patient:

(घ) सरकारी कर्मचारी के साथ उनका संबंध:

D. His relationship to the Govt. Servant:

(ड) आवासीय पता:

E. Residential Address:

2. रोग:

2. Disease:

3. अस्पताल के निदान केंद्र/इमेजिंग केंद्र का नाम एवं पता

3. Name & Address of the hospital diagnostic center/imaging center

क्रम सं. Sr. No.	चिकित्सा विवरण Medical Description	कर्मचारी द्वारा दावा की गई राशि Amount Claimed by Employee	सीजीएस दर के अनुसार देय राशि (केवल कार्यालय उपयोग के लिए) Amount payable as per GGHS Rate (For Office use only)
A.	ए.एम.ए. का परामर्श शुल्क Consultation fees of A.M.A.		
B.	दवा: Medicine:		
C.	चिकित्सा उपभोज्य: Medical Consumable:		
D.	वार्ड/कमरे का किराया: Ward/Room Rent:		
E.	सी.जी.एस. पैकेज/ऑपरेशन शुल्क, यदि कोई हो तो CGHS Package/Operation Charge, if any		
F.	पैथोलॉजिकल शुल्क: Pathological Charges:		
G.	प्रत्यारोपण की लागत: Cost of Implants:		
H.	दावा करने के लिए कोई अन्य विवरण Any other particular to claim		
	कुल राशि Total Amount		

4. दावेदार के हस्ताक्षर (दिनांक सहित) :-

4. Signature of the claimant (with date) :-

(केवल कार्यालय उपयोग के लिए)
(for Office use only)

5. क्या दावे के समर्थन में वाउचर और रसीद जमा की गई है:
5. Whether voucher and receipt in support of the claim have been submitted:
6. क्या अधिकृत चिकित्सा उपस्थिति नियम द्वारा सरकारी अस्पताल में सहायक वाउचर और रसीद जमा की गई है:
6. Whether supporting voucher and receipt have been carried out on the Govt. hospital by authorised medical attendance rule:
7. क्या सरकारी अस्पताल में चिकित्सा उपचार और भर्ती अधिकृत चिकित्सा परिचर्या नियम द्वारा की गई है?:-
7. Whether medical treatment and attendance have been carried out on the Govt. hospital by authorised medical attendance rule:-
8. दावे की स्वीकार्यता:
8. Admissibility of claim:
9. अस्वीकृत राशि
9. Amount disallowed
10. अस्वीकृत होने का कारण:
10. Reason disallowed:
11. दावेदार को स्वीकार्य राशि:
11. Amount admissible of the claimant:
12. बकाया चिकित्सा अग्रिम राशि, यदि कोई हो तो:
12. Amount of medical advance outstanding, if any:
13. भुगतान के लिए स्वीकृत कुल राशि:
13. Net amount sanctioned for payment:

Sr. A.O./Admn-III
वरि.लेखाधिकारी/प्रशासन-III

Sr. DAG/Admn
वरि. उपमहालेखाकार/प्रशासन