

CENTRAL GOVERNMENT HEALTH SCHEME

MEDICAL REIMBURSEMENT CLAIM FORM

(To be filled up by the Principal Card holder in BLOCK LETTERS)

1. (a) Name of the Principal CGHS Card Holder :
(b) CGHS Ben ID No. :
(c) Employee Code No. :
(d) Ward Entitlement – Pvt./Semi-Pvt./General :
(e) Full Address :

(f) Mobile telephone No. and e-mail address, if any :
2. (a) Patient's Name :
(b) Patient's CGHS Ben ID No. :
(c) Relationship with the Principal CGHS card holder :
3. Name & address of the hospital / diagnostic center /
imaging center where treatment is taken or tests done:
4. Whether the hospital/diagnostic/imaging center is
empanelled under CGHS : Yes/No
5. Treatment for which reimbursement claimed
(a) OPD Treatment /Test & investigations :
(b) Indoor Treatment :
6. Whether treatment was taken in emergency : Yes/No
7. Whether prior permission was taken for the treatment : Yes/No
8. Whether subscribing to any health/medical insurance : Yes/No
scheme, If yes, amount claimed/received
9. Details of Medical Advance taken, if any :
10. Total amount claimed
(a) OPD Treatment :
(b) Indoor Treatment :
(c) Tests/Investigation :
11. Name of the Bank : SB A/c No.:
Branch MICR Code: IFSC Code.....

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 dependent on me. I am a CGHS beneficiary and the CGHS card was valid at the time of treatment. I agree for the reimbursement as is admissible under the rules.

Date :

Place:

Signature of the Principal CGHS card holder

केंद्रीय सरकार चिकित्सा योजना
चिकित्सा प्रतिपूर्ति दावे का फॉर्म

1. क. मुख्य सीजीएचएस कार्ड धारक का नाम :
ख. लाभार्थी की पहचान पत्र संख्या :
ग. कर्मचारी की कोड संख्या :
घ. वार्ड की हकदारी :
इ. पूरा पता :
च. मोबाइल व ई मेल :
2. क. मरीज का नाम :
ख. मरीज की पहचान पत्र संख्या :
ग. मुख्य सीजीएचएस कार्ड धारक से संबंध :
3. जहां इलाज लिया गया है उस अस्पताल / चिकित्सा केंद्र :
का नाम व पता :
4. क्या जहां इलाज लिया गया है वह अस्पताल / चिकित्सा केंद्र
सीजीएचएस पेनल में शामिल है? : हाँ/ ना
5. जिस उपचार के लिए दावा किया गया है:
क. ओपीडी उपचार / टेस्ट :
ख. आईपीडी उपचार :
6. क्या आपातकाल में इलाज लिया गया है? : हाँ/ ना
7. क्या पूर्व अनुमति ली गयी थी? :
8. क्या किसी अन्य चिकित्सा बिमा योजना के तहत दावा पेश
किया गया है? :
9. चिकित्सा अग्रिम का विवरण, यदि लिया हो तो, :
10. कुल दावा:
क. ओपीडी उपचार :
ख. आईपीडी उपचार :
ग. टेस्ट आदि :
11. बैंक का नाम : _____ खाता संख्या: _____
एमआईसीआर कोड: _____ आईएफएससी _____

घोषणा

मैं एतद्वारा घोषण करता हूँ कि उपरोक्त वक्तव्य मेरे ज्ञान व जानकारी के अनुसार सती है। जिस व्यक्ति के संबंध में दावा पेश किया गया है वह पूर्णतया मुझ पर आश्रित है। मैं केंद्रीय सरकार चिकित्सा योजना का लाभार्थी हूँ और उपचार के समय मेरा कार्ड वैध था। मैं नियमानुसार चिकित्सा प्रतिपूर्ति के लिए सहमत हूँ।

दिनांक:

स्थान:

मुख्य सीजीएचएस कार्ड धारक के हस्ताक्षर