

.....में नियुक्त श्रीमती/श्री/कुमारी.....  
पत्नी/पुत्र/पुत्री श्री.....को दिया गया प्रमाण-पत्र।

Certificate granted to Mrs./Mr./Miss.....  
wife/son/daughter of Mr.....  
employed in the.....

### प्रमाण-पत्र 'क' CERTIFICATE 'A'

(उन रोगियों के मामले में भरा जाए जिन्हें इलाज के लिए अस्पताल में भर्ती न किया गया हो)  
(To be completed in the case of patients who are not admitted to hospital for treatment)

मैं, डा०.....इन्के द्वारा प्रमाणित करता हूँ :-  
I, Dr.....hereby certify :-

(क) कि मैंने अपने परामर्श कक्ष में/रोगी के निवास स्थान पर (तारीखें दी जाए).....  
को.....परामर्श के लिए.....रुपए प्रभारित किए और प्राप्त किए।  
(a) that I charged and received Rs.....for  
consultations on.....at my consulting room/at the residence of the patient.  
(Dates to be given)

(ख) कि मैंने अपने परामर्श कक्ष में/रोगी के निवास स्थान पर (तारीखें दी जाए).....  
को अन्तः पेशी/अधस्त्वक् इंजेक्शन देने के लिए.....रुपए प्रभारित किए और प्राप्त किए।  
(b) administering.....intra-muscular/sub-cutaneous injections on.....  
.....at my consulting room/at the residence of the patient.  
(Dates to be given)

(ग) कि दिए गए इंजेक्शन रोगक्षमता या रोग निरोध के लिए थे/नहीं थे।  
(c) that the injections administered were/were not for immunising or prophylactic purposes.

(घ) कि रोगी का इलाज.....अस्पताल में/मेरे परामर्श कक्ष में हुआ है और इस संबंध में  
मेरे द्वारा नुस्खे में दी गई निम्नलिखित औषधें रोगी की हालत की ठीक करने/गंभीर रूप से खराब होने से रोकने के लिए अनिवार्य थी। ये  
औषधें.....अस्पताल में प्राइवेट रोगियों को देने के लिए स्टॉक  
(अस्पताल का नाम)

नहीं की जाती और उनमें ये पेंटेंट (एकायत) योग शामिल नहीं है जिनके लिए समान चिकित्सा मान के सरते द्रव्य उपलब्ध है न ही ये योग  
जा मूलतः खाद्य, श्रृंगार सामग्री अथवा निःसंक्रामक है।

(d) that the patient has been under treatment at.....hospital/my  
consulting room and that the undermentioned medicines prescribed by me in this connection were essential for the recovery/preventions of serious  
deterioration in the condition of the patient. The medicines are not stocked in the (name of the hospital).....  
.....for the supply to private patients and do not include proprietary  
preparations for which cheaper substances of equal therapeutic value are available nor preparations which are primarily foods, toilets or disinfectants

क्रम सं० Sl. No	औषधि का नाम Name of the Medicines	कीमत Price		क्रम सं० Sl. No	औषधि का नाम Name of the Medicines	कीमत Price	
		रु० Rs	पै० P			रु० Rs	पै० P
1				6			
2				7			
3				8			
4				9			
5				10			

- (ड) कि रोगी.....से पीड़ित है/या और.....से तक मेरे इलाज में है/था।  
 (e) that the patient is/was suffering from..... is/was under my treatment from..... to.....
- (च) कि रोगी की जन्म पूर्व अथवा जन्मोत्तर चिकित्सा की गई है/थी।  
 (f) that the patient is/was not given prenatal or post-natal treatment.
- (छ) कि जिन एक्सरे, प्रयोगशाला जांच आदि के लिए.....रूप खर्च किए थे वे आवश्यक थे और वे मेरी सलाह से.....में किए गए थे।  
 (अस्पताल या प्रयोगशाला का नाम)  
 (g) that X-ray, laboratory test, etc. for which an expenditure of Rs..... was incurred were necessary and were undertaken on my advice at.....  
 (name of the hospital or laboratory)
- (ज) कि मैंने रोगी को विशेष परामर्श के लिए डा०.....के पास भेजा था और.....का (राज्य के मुख्य प्रशासनिक चिकित्सा अधिकारी का नाम) नियमों के अनुसार यथापेक्षित आवश्यक अनुमोदन प्राप्त कर लिया गया था।  
 (h) that I referred the patient to Dr.....for specialist consultation and that the necessary approval of the..... as required under the rules was obtained. (name of the Chief Administrative Medical Officer)
- (झ) कि रोगी को अस्पताल में रखना आवश्यक नहीं था/आवश्यक था।  
 (i) that the patient did not require/required hospitalisation.

तारीख

Date.....

.....  
 चिकित्सा अधिकारी के हस्ताक्षर और पदनाम तथा उस अस्पताल/  
 चिकित्सालय का नाम जिससे वह संबद्ध है।  
 Signature & Designation of the Medical Officer and  
 the Hospital/Dispensary to which attached.

विशेष ध्यान दें :—जो प्रमाण-पत्र लागू न हो वे काट दिए जाने चाहिए। प्रमाण-पत्र (क) अनिवार्य है और चिकित्सा अधिकारी द्वारा उसे सभी मामलों में भरा जाना चाहिए।

N B —Certificates not applicable should be struck off. Certificates to be compulsory and must be filled in by the Medical Officer in all cases.

## प्रमाण-पत्र 'ख' / CERTIFICATE 'B'

(उन रोगियों के मामले में भरा जाए जिन्हें इलाज के लिए अस्पताल में भर्ती किया गया हो)  
(To be completed in the case of patients who are admitted to hospital for treatment)

.....में नियुक्त श्रीमती/श्री/कुमारी.....  
पत्नी/पुत्र/पुत्री श्री.....को दिया गया प्रमाण-पत्र।  
Certificate granted to Mrs./Mr./Miss.....  
wife/son/daughter of Mr.....  
employed in the.....

### भाग 'क' / PART 'A'

(अस्पताल में रोगी के प्रभारी चिकित्सा अधिकारी द्वारा हस्ताक्षर किए जाएं)  
(To be signed by the Medical Officer-in-Charge of the case at the Hospital)

मैं, डा०.....इसके द्वारा प्रमाणित करता हूँ :-  
I, Dr.....hereby certify :-

(क) कि रोगी को.....के परामर्श/मेरे परामर्श से अस्पताल में भर्ती किया गया था ;  
(चिकित्सा अधिकारी का नाम)

(a) That the patient was admitted to hospital on the advice of...../on my advice ;  
(Name of the Medical Officer) \*

(ख) कि रोगी इलाज के लिए.....में रहा है और कि इस संबंध में मेरे द्वारा नुस्खे में दी गई निम्नलिखित औषधें रोगी की हालत में सुधार लाने के लिए/गंभीर रूप से खराब होने से रोकने के लिए अनिवार्य थी, ये औषध.....अस्पताल में प्राइवेट रोगियों को  
(अस्पताल का नाम)

देने के लिए स्टॉक नहीं की जाती और उसमें ये पेटेंट (एकायत) योग शामिल नहीं हैं जिनके लिए समान चिकित्सा मान के सस्ते द्रव्य उपलब्ध हैं। न ही वे योग जो मूलतः खाद्य, श्रृंगार सामग्री अथवा निःसंक्रामक हैं ;

(b) That the patient has been under treatment at.....and that the undermentioned medicines prescribed by me in this connection were essential for the recovery/prevention of serious deterioration in the condition of the patient. The medicines are not stocked in the.....

(Name of.....for supply to private patients and do not include proprietary the Hospital)  
preparations for which cheaper substances of equal therapeutic value are available not preparation which are primarily foods, toilets or disinfectants ;

क्रम सं० Sl.	औषधों का नाम Name of Medicines	कीमत Price		क्रम सं० Sl.	औषधों का नाम Name of Medicines	कीमत Price	
		रु०/Rs.	पै०/P.			रु०/Rs.	पै०/P.
1.				7.			
2.				8.			
3.				9.			
4.				10.			
5.				11.			
6.				12.			

(ग) कि दिए इंजेक्शन रोगक्षमता या रोग-निरोध के लिए थे/नहीं थे ;

(c) That the injections administered were/were not for immunising or prophylactic purposes ;

(घ) कि रोगी.....से पीड़ित है/था और.....से तक इलाज में है/था ;

(d) That the patient is/was suffering from.....and is/was under treatment from.....to.....

(ड) कि जिन एक्सरे प्रयोगशाला जांच आदि के लिए..... रुपये खर्च किए थे वे आवश्यक थे और वे मेरी सलाह से..... में किए गए थे ;

(अस्पताल या प्रयोगशाला का नाम)

(e) That the X-Ray, Laboratory test, etc., for which an expenditure of Rs..... was incurred were necessary and were undertaken on my advice at.....;

(Name of Hospital or Laboratory)

(च) कि मैंने रोगी को विशेष परामर्श के लिए डा०..... के पास भेजा था और..... का नियमों के अनुसार यथापेक्षित आवश्यक

(राज्य के मुख्य प्रशासनिक चिकित्सा अधिकारी का नाम)

अनुमोदन प्राप्त कर दिया गया था।

(f) That I referred the patient to Dr..... for specialist consultation and that the necessary approval of the..... as

(Name of the Chief Administrative Medical Officer of the State)

required under the rules, was obtained ;

अस्पताल में रोगी के प्रभारी चिकित्सा अधिकारी के हस्ताक्षर  
और पदनाम

Signature and Designation of the Medical Officer-in-Charge  
of the case at the Hospital

### भाग 'ख' / PART 'B'

मैं प्रमाणित करता हूँ कि रोगी इलाज के लिए..... अस्पताल में रहा है और कि विशेष परिचारिकाओं को जिन सेवाओं के लिए..... रुपये खर्च किए गये थे, देखिए संलग्न बिल तथा रसीदें, वे रोगी की हालत को ठीक करने/गंभीर रूप से खराब होने से रोकने के लिए अनिवार्य थी।

I certify that the patient has been under treatment at the..... hospital and that the service of the special nurses for which an expenditure of Rs..... was incurred, vide bills and receipts attached, were essential for the recovery/prevention of serious deterioration in the condition of the patient.

अस्पताल में रोगी के प्रभारी चिकित्सा अधिकारी के हस्ताक्षर  
Signature of the Medical Officer-in-Charge of the case  
at the Hospital

### प्रतिहस्ताक्षरित / COUNTERSIGNED

चिकित्सा अधीक्षक  
Medical Superintendent

अस्पताल  
Hospital

मैं प्रमाणित करता हूँ कि रोगी इलाज के लिए..... अस्पताल में रहा है और कि उसे जो सुविधाएं दी गईं वे रोगी के इलाज के लिए अनिवार्य न्यूनतम सुविधाएं थीं।

I certify that the patient has been under treatment at the..... hospital and that the facilities provided were the minimum which were essential for the patient's treatment.

स्थान  
Place

तारीख  
Date

चिकित्सा अधीक्षक  
Medical Superintendent

अस्पताल  
Hospital

विशेष ध्यान दें :- जो प्रमाण-पत्र लागू न हों वे काट दिए जाने चाहिए। प्रमाण-पत्र 'घ' अनिवार्य है और यह सभी मामलों में चिकित्सा अधिकारी द्वारा भरा जाना चाहिए।

N.B. :- Certificates not applicable should be struck off. Certificate 'D' is compulsory and must be filled in by the Medical Officer in all cases.

प्रभासमुटेकोल / MGIPTKoi-27 Civil/2014-15-(C-27)-27-05-2016-2,50,000.

केन्द्रीय सरकारी कर्मचारियों तथा उनके परिवार की डाक्टरी परिचर्या और/या इलाज पर हुए डाक्टरी खर्चों की वापसी का दावा करने का आवेदन पत्र  
Form of application for claiming refund of medical expenses incurred in connection with Medical attendance  
and/or treatment of Central Government servants and their families

ध्यान दीजिए :—हर रोगी के लिए अलग फार्म भरा जाना चाहिए/N.B.—Separate form should be used for each patient.

1. सरकारी कर्मचारी का नाम और पद (साफ अक्षरों में)  
Name and designation of the Government servant (in block letters)
2. किस कार्यालय में काम कर रहा है/Office in which employed
3. आधारमूल नियमों में वेतन की दी गई परिभाषा के अनुसार सरकारी कर्मचारी का वेतन, यदि अन्य कोई उपलब्धियां हों तो उन्हें अलग से दिखाया जाना चाहिए/Pay of the Government servant as defined in the Fundamental Rules and any other emoluments which should be shown separately
4. नौकरी का स्थान/Place of duty
5. निवास का वास्तविक पता/Actual residential address
6. रोगी का नाम और सरकारी कर्मचारी से उसका संबंध  
Name of patient and his/her relationship to the Government servant  
ध्यान दीजिए—यदि बीमार बच्चा हो तो उसकी उम्र भी लिखी जाए/N.B.—In the case of children state age also.
7. रोगी किस स्थान पर बीमार पड़ा/Place at which the patient fell ill.
8. दावे की रकम का ब्यौरा/Details of the amount claimed.

**I. डाक्टरी परिचर्या/MEDICAL ATTENDANCE—**

- (i) निम्नलिखित बातों का निर्देश करते हुए परामर्श की फीस/Fees for consultation indicating—
- (क) जिस चिकित्सा अधिकारी से परामर्श लिया गया है, उसका नाम और पद तथा उस अस्पताल या औषधालय का नाम जिससे वह अधिकारी संबद्ध है।  
(a) the name and designation of the medical officer consulted and the hospital of dispensary to which attached.
- (ख) कितनी बार और किस किस तारीख को परामर्श लिया गया और हर परामर्श के लिये कितनी-कितनी फीस दी गई है।  
(b) the number and dates of consultations and the fee paid for each consultation.
- (ग) कितनी सुईयां किन-किन तारीखों को लगी और हर सुई के लिए कितनी फीस देनी पड़ी।  
(c) the number and dates of injections and the fee paid for each injection.
- (घ) क्या परामर्श और/या सुईयां अस्पताल में ली गई या चिकित्सा अधिकारी के परामर्श कक्ष में या रोगी के निवास स्थान पर।  
(d) whether consultation and/or injection were held at the hospital, at the consulting room of the medical officer or at the residence of the patient.
- (ii) रोग का निदान करते समय किए गए विकृति-वैज्ञानिक, जीवाणु-वैज्ञानिक, विकिरण-वैज्ञानिक और ऐसे ही दूसरे परीक्षण का खर्च लिखित और निम्नलिखित बातें बतलाइए—  
charges for pathological, bacteriological, radiological or other similar tests undertaken during diagnosis indicating—
- (क) अस्पताल या प्रयोगशाला का नाम जहां परीक्षण हुए, और  
(a) the name of the hospital or laboratory where the tests were undertaken, and
- (ख) क्या वे परीक्षण प्राधिकृत-चिकित्सा परिचारक की सलाह पर हुए, यदि हां तो उसका प्रमाण-पत्र इसके साथ लगाए/ (b) whether the tests were undertaken on the advice of the authorised medical attendant. If so, a certificate to that effect should be attached.
- (ग) बाजार से खरीदी गई दवाओं का मूल्य।  
(c) costs of medicines purchased from the market.

(दवाओं की सूची, नकद-पत्र और अत्यावश्यकता प्रमाण-पत्र साथ लगाए)

(List of medicines, cash memos & the essentiality certificates should be attached)

**II. अस्पताली इलाज/HOSPITAL TREATMENT—**

- अस्पताल का नाम/Name of the hospital.
- अस्पताली इलाज के खर्च—निम्नलिखित खर्चों का अलग-अलग निर्देश कीजिए—  
Charges for Hospital treatment indicating separately the charges for—
- (i) आवास का/Accommodation  
(यह लिखें कि क्या आवास सरकारी कर्मचारी के वर्तमान वेतन या हैसियत के अनुरूप हो या यदि नहीं हो इस आशय का एक प्रमाण-पत्र दें कि जिस प्रकार के आवास के लिये सरकारी कर्मचारी हकदार था वह उपलब्ध नहीं था)।  
(State whether it was according to the status, or pay of the Government servant and in cases where the accommodation is higher than the status of the Government servant a certificate should be attached to the effect that the accommodation to which he was entitled was not available).
  - (ii) खुराक/Diet
  - (iii) शल्यक्रिया या डाक्टरी इलाज या परिरोध  
Surgical operation or medical treatment or confinement
  - (iv) विकृति-वैज्ञानिक, जीवाणु-वैज्ञानिक, विकिरण-वैज्ञानिक या अन्य परीक्षण यह बातें भी बतलाई जाएं/Pathological, bacteriological, radiological or other similar tests indicating—
  - (क) अस्पताल या प्रयोगशाला का नाम जिसमें परीक्षण हुए  
(a) the name of the hospital or laboratory at which undertaken.
  - (ख) क्या ये परीक्षण कार्यभारी चिकित्सा अधिकारी की सलाह से अस्पताल में हुए? यदि हां तो इस आशय का प्रमाण-पत्र साथ लगाए;  
(b) Whether undertaken on the advice of the medical officer in charge of the case at the hospital? If so, a certificate to that effect should be attached.

- (v) दवाएं/Medicines  
 (vi) विशेष दवाएं/Special medicines  
 (दवाओं की सूची नकद-पत्र और अत्यावश्यकता प्रमाण-पत्र भी लगाए)  
 (List of medicines, cash memos and the essentiality certificates should be attached)  
 (vii) साधारण उपचर्या/Ordinary nursing  
 (viii) विशेष उपचर्या यानी रोगी के लिये विशेष रूप से नर्स लगाई गई। यह लिखें कि जो और नर्स लगाई गई उनके लिए अस्पताल में इनके कार्यभारी चिकित्सा अधिकारी ने सलाह दी थी या सरकारी कर्मचारी चिकित्सा या रोगी की प्रार्थना पर नियुक्त की गई। पहले वाली स्थिति होने पर कार्यभारी चिकित्सा अधिकारी का प्रमाण-पत्र साथ में सकता जाना चाहिए जिस पर चिकित्सा अधीक्षक के प्रतिहस्ताक्षर भी हों।  
 Special nursing i.e. nurses specially engaged for the patient. State whether they were employed on the advice of the medical officer-in-charge of the case at the hospital or at the request of the Government servant or patient. In the former case, a certificate from the medical officer-in-charge of the case countersigned by the Medical Superintendent of the hospital should be attached.

- (ix) एंब्युलेंस खर्च (कहां से कहां तक यात्रा की गई यह लिखें)  
 Ambulance charges (State the journey to and from undertaking)  
 (x) और दूसरे खर्चे यानी बिजली की रोशनी, पंखा, हीटर, वातानुकूलन आदि के खर्चे। यह भी लिखें कि ये सुविधाएं साधारणतः सभी रोगियों को दी जाती हैं और रोगी की विशेष इच्छा पर कोई चीज नहीं दी गई/Any other charges e.g. charges for electric light, fan, heater, air-conditioning etc. State also whether the facilities normally provided to all patients and no choice was left to the patient.

टिप्पणियां :- 1. यदि भारत मंत्री सेवा चिकित्सा परिचर्या नियमावली 1938 के नियम 3 [रूल 3 आफ दि सैक्रेट्री आफ स्टेट्स सर्विस (एम० ए०) रूल्स, 1938] के अनुसार या केन्द्रीय सेवा (चिकित्सा परिचर्या) नियमावली, 1944 के नियम 7 के [रूल 7 आफ दि सी० एस० (एम० ए०) रूल्स, 1944] के अनुसार यदि इलाज सरकारी कर्मचारी के निवास स्थान पर ही हुआ हो तो उसका विवरण दे और इन नियमों के अन्तर्गत अपेक्षित चिकित्सा परिचारक का प्रमाण-पत्र साथ लगाएं।

Notes :- If the treatment was received by the Government servant at his residence under rule 3 of the Secretary of States Service (M.A.) Rules, 1938 or rule 7 of the C.S. (M.A.) Rules, 1944 give particulars of such treatment and attach a certificate from the authorised medical attendants as required by these rules.

2. यदि इलाज सरकारी अस्पताल के अलावा किसी और जगह हुआ है तो उसका आवश्यक विवरण दें और प्राधिकृत चिकित्सा परिचारक का इस आशय का प्रमाण-पत्र दें कि अपेक्षित इलाज की व्यवस्था किसी निकटतम सरकारी अस्पताल में नहीं हो सकती थी।  
 If treatment was received at a hospital other than a Government Hospital necessary details and the certificate of the authorised medical attendant that the requisite treatment was not available in any nearest Government hospital should be furnished.

### III. विशेषज्ञ से परामर्श/CONSULTATION WITH SPECIALIST—

प्राधिकृत-चिकित्सा-परिचारक के अतिरिक्त किसी और विशेषज्ञ या चिकित्सा अधिकारी का परामर्श लेने के लिये दी गई फीस और नीचे लिखी बातें बतलाई जाएं/Fees paid to a specialist or a medical officer other than the authorised medical attendant indicating—

(क) उस विशेषज्ञ या चिकित्सा-अधिकारी का नाम जिसका परामर्श किया गया है और यह विशेषज्ञ या चिकित्सा-अधिकारी किस अस्पताल से संबंधित है।

(a) The name and designation of the specialist or medical officer consulted and the hospital to which attached.

(ख) कितनी बार और किन-किन तारीखों को परामर्श लिया गया और हर परामर्श के लिये कितनी फीस दी गई है ?

(b) Number and dates of consultations and the fees charged for each consultation ?

(ग) क्या परामर्श विशेषज्ञ या चिकित्सा-अधिकारी के परामर्श कक्ष में लिया गया था, अस्पताल में अथवा रोगी के निवास पर ?

(c) Whether consultation was held at the hospital, at the consulting room of the specialist or medical officer or at the residence of the patient ?

(घ) क्या विशेषज्ञ या चिकित्सा-अधिकारी की सलाह प्राधिकृत चिकित्सा-परिचारक की राय से ली गई थी और क्या प्राप्त के मुख्य प्रशासनिक-चिकित्सा अधिकारी की पूर्व स्वीकृति इसके लिये प्राप्त कर ली गई थी ? यदि हां तो इसके लिये प्रमाण-पत्र लगाएं।

(d) Whether the specialist or medical officer was consulted on the advice of the authorised medical attendant and the prior approval of the Chief Administrative Medical Officer of the State was obtained ? If so, a certificate to that effects should be attached.

9. कुल कितनी धनराशि का दावा है/Total amount claimed रु०/Rs.  
 10. .....को लिया गया अग्रिम धन घटाकर/Less advance taken on रु०/Rs.  
 11. दावे की कुल रकम/Net amount claimed रु०/Rs.  
 12. संलग्न पत्रों की सूची/List of enclosures—

### इस घोषणा पर सरकारी कर्मचारी हस्ताक्षर करें/DECLARATION TO BE SIGNED BY THE GOVERNMENT SERVANT

मैं घोषित करता हूँ कि इस प्रार्थना-पत्र में दिया गया बयान मेरी जानकारी और विश्वास के अनुसार ठीक है और जिस व्यक्ति के ऊपर चिकित्सा व्यय किए गए हैं, वह पूर्णतः मेरे ऊपर आश्रित है।

I hereby declare that the statements in this application are true to the best of my knowledge and belief and that the person or whom medical expenses were incurred is wholly dependent upon me.

तारीख  
 Date.....  
 सरकारी कर्मचारी के हस्ताक्षर और कार्यालय जिसमें वह काम कर रहा है  
 Signature of the Government servant and office to which attached

कार्यालय महालेखाकार (लेखा एवं हकदारी) प्रथम  
मध्य प्रदेश, ग्वालियर

चिकित्सा व्यय की प्रतिपूर्ति :--

- (1) नाम तथा पदनाम .....
- (2) निवास का सही पता .....
- (3) रोगी का नाम तथा संबंध .....
- (4) बीमारी की प्रकृति तथा अवधि (यक्ष्मा पीड़ित रोगियों के प्रकरण में सेवा अवधि) .....
- (5) चिकित्सा कहाँ हुई .....
- (6) प्रकरण का चिकित्सा अधिकारी (प्राधिकृत चिकित्सा परिचायक का नाम) .....
- (7) अपरिहार्यता प्रमाण पत्र में अनुशंसा की गई औषधियों .....

क्रमांक सं.	औषधि भण्डार का नाम	नकदीपर्ची का क्रमांक/दिनांक	आपूर्ति का दिनांक	औषधियों का नाम	मात्रा	राशि रु.

1. परामर्श शुल्क.....
- (8) अन्य व्यय 2. इंजेक्शन लगाई शुल्क.....
3. अन्य व्यय.....
- (9) दावा की गई कुल राशि.....
- (10) शासकीय कर्मचारी के हस्ताक्षर.....
- (11) अस्वीकृत राशि उसके कारणों सहित.....
- (12) पारित निवल राशि.....

अपरिहार्यता प्रमाण पत्र क/ख/सहायक चिकित्सा अधिकारी/सहायक वाह्य चिकित्सा अधिकारी या अधीक्षक.....

जो कि आवेदन का प्राधिकृत चिकित्सा का परिचायक है, के द्वारा हस्ताक्षर किया हुआ है। चिकित्सालय के प्रकरण में प्रभारी चिकित्सा अधिकारी से नकदी पर्चियों का सत्यापन किया है तथा प्राधिकृत चिकित्सा परिधारक ने प्रतिहस्ताक्षर किए हैं। अपरिहार्यता प्रमाण पत्र में वर्णित औषधियों की जांच औषधि सूची से कर ली गई है ऐसी औषधियों का मूल्य सम्मिलित नहीं किया गया है जो कि प्रतिपूर्ति योग्य नहीं है। श्री..... द्वारा प्रस्तुत किया गया व्यवस्थित रूप में है।

चिकित्सा व्यय रुपये..... (रुपये.....) की प्रतिपूर्ति स्वीकृति किया जाता है।

स्वीकृत

वरिष्ठ उप महालेखाकार (प्रशासन)

लेखा अधिकारी  
सहायक लेखा अधिकारी