

इस कार्यालय के निम्नलिखित अधिकारी/कर्मचारी ने अपने परिवार के सदस्यों की चिकित्सा के लिए किए गए खर्च की प्रतिपूर्ति हेतु चिकित्सा बिल प्रस्तुत किए हैं। दावे के समर्थन में आवश्यक वाउचर, नकद पर्ची एवं मूल प्रमाण-पत्र संलग्न हैं। चिकित्सा परिचर्या नियमों के अंतर्गत दावा स्वीकृत योग्य है। जहाँ आवश्यक है, वहाँ पूर्वानुमति प्राप्त की जा चुकी है। जाँच एवं दवाइयाँ नियमों के अधीन हैं। दावे का विवरण निम्नानुसार है :-

दावेदार का नाम :-		रोगी का नाम:-	
पदनाम एवं कर्मचारी सं.:-		संबंध:-	
Application No (Generated by CAG-HRMS) :-			
System ID (Generated by CAG-HRMS) :-			
क्र. सं.	दावे की राशि	स्वीकार्य राशि (बिल अनुभाग हेतु)	टिप्पणी (यदि कोई हो)
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			
11.			
12.			
13.			
14.			
15.			
कुल			
आवेदक के हस्ताक्षर:-			

(बिल अनुभाग द्वारा भरा जायेगा)

निदेशक (प्रशासन) से अनुरोध है कि कृपया प्रतिपूर्ति हेतु ₹
 (.....) रुपये की स्वीकृति प्रदान करें
 तथा प्रत्येक मामले को व्यक्तिगत रूप से अनुमोदित करें।

कृपया अनुमोदनार्थ प्रस्तुत है।

वरिष्ठ लेखापरीक्षा अधिकारी

निदेशक (प्रशासन)