

भारतीय राष्ट्रीय राजमार्ग प्राधिकरण
NATIONAL HIGHWAYS AUTHORITY OF INDIA

वास्तविक चिकित्सा व्ययों की प्रतिपूर्ति के लिए आवेदनभाराराप्रा (चिकित्सा परिचर्या एवं उपचार) विनियम, 1997
APPLICATION FOR REIMBURSEMENT OF ACTUAL MEDICAL EXPENSES
[NHA (Medical Attendance & Treatment) Regulation, 1997]

- 1 कर्मचारी का नाम एवं पदनाम
Name & Designation of the Employee :
- 2 वर्तमान वेतन
Present Pay : रूपये/Rs..
- 3 रोगी का नाम और कर्मचारी से संबंध
Name of the Patient and relationship :
With the employee
- 4 वर्तमान दावे की अवधि से तक
Period of present claim : FromTo
- 5 व्यय जिसका दावा किया गया है
Expenditure being claimed : रूपये /Rs
- 6 वर्षके दौरान अब तक प्रतिपूर्ति
की गई राशि/ Amount reimbursed during : रूपये /Rs
- the year.so far

7क मैं प्रमाणित करता हूँ कि इस आवेदन में दी गई जानकारी मेरी सूचना और विश्वास के अनुसार सही है तथा जिस व्यक्ति/व्यक्तियों के लिए चिकित्सा व्यय किया गया है वह/वे पूर्ण रूपेण मुझ पर आश्रित हैं ।
I certify that the statements in this application are true to the best of my knowledge and belief and that the persons for whom medical expenses have been incurred are wholly dependent on me.

7ख मैं प्रमाणित करता हूँ कि (i) मैं केन्द्रीय सरकार स्वास्थ्य योजना का लाभग्राही नहीं हूँ । (ii) मेरे पति/मेरी पत्नी स्वयं के लिए अथवा परिवार के किसी आश्रित सदस्य के लिए केन्द्रीय स्वास्थ्य योजना का लाभ प्राप्त नहीं कर रहे हैं/कर रही है, (iii) मेरे पति/मेरी पत्नी केन्द्रीय सरकार/राज्य सरकार/सार्वजनिक क्षेत्र के उपक्रम/स्वायत्त शासी निकाय/संस्थान आदि के कर्मचारी हैं/नहीं है जो पूर्ण रूप से/आंशिक रूप से केन्द्रीय/राज्य सरकार के स्वामित्व/नियंत्रण में हैं अथवा उनके द्वारा वित्त पोषित है तथा उन पर लागू नियमों के अनुसार अपने लिये अथवा परिवार के किसी आश्रित सदस्य के लिए चिकित्सा लाभ ले/नहीं ले रहे हैं/है ।
I certify that (i) I am not a CGHS beneficiary, (ii) my husband/wife is not availing CGHS benefit for himself/herself or for any dependent member of the family, (iii) my husband/wife is not an employee of the Central Govt./State Govt./Public Sector Undertaking/Autonomous Body/Institution etc., which are wholly/partly owned/controlled/funded by Central/State Governments and is not claiming any medical benefits under the relevant rules applicable to them for himself/herself or any dependent member of the family.

7ग मैं यह भी प्रमाणित करता हूँ कि इस दावे में विटामिनों पर हुआ खर्च (जब तक पंजीकृत चिकित्सा अधिकारी द्वारा प्रमाणित न किया गया हो), टॉनिक, शिशु आहार, दुग्ध आहार, शरबत, चश्मे, दंतिका, क्राउन क्रिया, ब्रिज क्रिया, आर्थोडॉन्टिक क्रिया और दाँत संबंधी विशेष चिकित्सीय क्रिया शामिल नहीं है ।
I also certify that the claim does not include expenditure towards vitamins (unless certified as essential by a registered medical practitioner), tonics, baby food, milk food, beverages, spectacles, dentures, crown work, orthodontic work and other special dental work.

तारीख

(कर्मचारी के हस्ताक्षर)
[Signature of the Employee]

Name of the Employee :
 Designation :
 Status :
 (Regular/Deputation/Long Term Contract-Two years & above)

Sl. NO.	Bill No.	Date	Amount (in Rs.)
		Total	

[Signature of the Employee]

Verified by
 DDo, PIU/CMU
 Project Director

UNDERTAKING

This is to certify that the expenditure for Rs _____ (Rs. _____ only) claimed by me for myself / my dependent family members towards medical expenses has not/will not be claimed by me / my family members under any Medi-Claim Policy or from any other source.

Signature :

Name :

Designation :

Date :