



जवाहरलाल नेहरु पत्तन न्यास अस्पताल
JAWAHARLAL NEHRU PORT TRUST HOSPITAL

स्थानगत / चिकित्सा खर्च की प्रतिपूर्ति भुगतान :

Reimbursement / Payment of Medical Expenses / on spot.

१. कर्मचारी का नाम : _____ कर्मचारी संख्या : _____

Name of Employee : _____ Staff No.: _____

२. पदनाम / अनुभाग : विभाग _____

Designation _____ Section : _____ Deptt. _____

३. पत्ता : _____

Address : _____

४. रोग का नाम _____

Name of Patient : _____ आयु / Age : _____

५. सम्बंध : स्वयं / पत्नी / पती / सुपुत्र / सुपुत्री / माताजी / पिताजी / भाई / बहन

Relation : Self / Wife / Husband / Son / Daughter / Mother / Father / Brother / Sister

६. डाक्टर का नाम / अस्पताल : _____

Name of the Doctor / Hospital : _____

बाह्यरुग्ण समझा गया : _____ से _____ तक इलाज किया

Treated as Outpatient from : _____ to _____

७. व्यय : रु. _____

Expenditure : Rs. _____

घोषणा : मैं एकत द्वारा यह घोषणा करता / करती हूँ कि जिस रोगी के चिकित्सा खर्च का दावा किया है यह मेरे ऊपर निर्भर है तथा उसके लिए मेरे परिवार के किसी सदस्य द्वारा इस प्रकार के खर्च की मांग नहीं की जाएगी।

Summary note (outpatient) : Attached / Not Attached

Declaration : I hereby declare that the cash requisitioned is for patient who is dependent on me and on claim will be asked for him/her by anybody from my family.

दिनांक / Date : _____

कर्मचारी के हस्ताक्षर
Signature of Employee

केवल कार्यालय के प्रयोग के लिए
For Office Use Only

विभाग के _____ बिल सं _____ दिनांक _____

की प्रतिपूर्ति की धनराशी

रु _____ (_____) प्राप्त हुए।

RECEIVED IN AMOUNT OF RS _____ (_____)

FROM _____ DEPARTMENT BEING THE REIMBURSEMENT OF BILL NO.

DATED _____

कर्मचारी के हस्ताक्षर
Signature of Employee
कर्मचारी सं / Staff No.

अधिकारी के हस्ताक्षर
Signature of the officer



जवाहरलाल नेहरु पत्तन न्यास JAWAHARLAL NEHRU PORT TRUST

चिकित्सा विभाग
(MEDICAL DEPARTMENT)

चिकित्सा खर्चों की प्रतिपूर्ति :

Reimbursement / Payment of Medical Expenses :

१. कर्मचारी का नाम : _____

Name of Employee : _____

२. कर्मचारी संख्या / Staff No.: _____

३. पद / Designation : _____ अनुभाग / Section : _____

विभाग / Deptt.: _____

४. पत्ता / Address : _____

५. रुग्ण का नाम _____

Name of Patient : _____

६. सम्बंध : स्वयम / पत्नी / पती / सुपुत्र / माताजी / पिताजी

Relation : Self / Wife / Husband / Son / Daughter / Mother / Father

७. डॉक्टर का नाम / अस्पताल : _____

Name of the Doctor / Hospital : _____

बाह्यरुग्ण समझा गया : _____ से _____ तक _____

Treated as Outpatient from : _____ to _____

आंतरिक रुग्ण : _____

Inpatient from : _____

८. सार टिप्पणी (बाह्य रुग्ण) : संलग्न / असंलग्न

Summary note (outpatient) : Attached / Not Attached

छुट्टी की टिप्पणी (आंतरिक रुग्ण) : संलग्न / असंलग्न

Discharge Note (Inpatient) Attached / Not Attached

९. व्यय / Expenditure : रु / Rs. : _____

घोषणा : मैं यह घोषणा करता हूँ कि जिस रुग्ण के लिए यह धनराशि ली जा रही है वह मेरे उपर आश्रित हैं

तथा मेरे परिवार के किसी अन्य सदस्य द्वारा यह राशि नहीं मांगी जाएगी।

Declaration : I hereby declare that the cash requisitioned is for patient who is dependent on me and on claim will be asked for him/her by anybody from my family.

दिनांक / Date : _____

Form No. JNP/MED/97/47

कर्मचारी के हस्ताक्षर

Signature of Employee

(क.पी. दे.) (P.T.O.)

लेखा कार्यालय के अभिलेख हेतु

FOR OFFICE RECORD ONLY

बाह्य रुग्ण अधिभार <u>Outpatient Charges</u>	दावे की रक्कम <u>Claimed</u>	ग्राह्य <u>Admissible</u>
१. डॉक्टर की फीस Doctor's Fee	:रु :Rs	:रु :Rs
२. जांच प्रभार Investigation Charges	:रु :Rs	:रु :Rs
३. दवाओं की किमत Medicines Cost	:रु :Rs	:रु :Rs
४. विविध प्रभार Miscellaneous Charges	:रु :Rs	:रु :Rs
योग Total	:रु :Rs	:रु :Rs

आंतरिक रुग्ण अधिभार <u>Inpatient Charges</u>	दावे की रक्कम <u>Claimed</u>	ग्राह्य <u>Admissible</u>
१. पलंग Bed	:रु :Rs	:रु :Rs
२. जांच Investigations	:रु :Rs	:रु :Rs
३. ऑपरेशन Operations	:रु :Rs	:रु :Rs
४. शल्यचिकित्सा कक्ष Operation Theatre	:रु :Rs	:रु :Rs
५. अनेस्थीशिया Anaesthesia	:रु :Rs	:रु :Rs
६. डॉक्टर Doctor	:रु :Rs	:रु :Rs
७. विविध योग Miscellany Total	:रु :Rs	:रु :Rs
योग Total	:रु :Rs	:रु :Rs

अनुमोदित करके पुन : जांच और भुगतान हेतु वित्त प्रबंधक को अग्रेषित किया जाता है।

Approved, Forwarded to Finance Manager for Precheck & Payment

चिकित्सा अधीक्षक
Medical Superintendent