

**एनएचपीसी सेवानिवृत्ति कर्मचारी स्वास्थ्य योजना  
चिकित्सा व्ययों की प्रतिपूर्ति हेतु आवेदन  
(बहिरंग उपचार के मामले में)**

1. सेवानिवृत्त कर्मचारी का नाम : .....
2. कर्मचारी संख्या : .....
3. सेवानिवृत्ति / मृत्यु की तारीख : .....
4. सेवानिवृत्ति / मृत्यु के समय पदनाम : .....
5. सेवानिवृत्ति / मृत्यु की तिथि को वेतनमान तथा मूल वेतन : .....
6. किस प्रभाग से सेवानिवृत्त हुए हैं : .....
7. योजना के अंतर्गत चिकित्सा लाभ हेतु पंजीकृत प्रभाग/ कार्यालय : .....
8. पता : .....
9. चिकित्सा कार्ड पंजीकरण सं. : .....
10. रोगी का नाम : .....
11. स्थान जहाँ रोगी बीमार हुआ है : .....
12. यदि निवास के अतिरिक्त किसी अन्य स्थान पर उपचार लिया गया हो तो कारण स्पष्ट करें : .....
13. अस्पताल का नाम जहाँ उपचार करवाया हो अथवा परामर्श लिए गए एएमए का नाम : .....
14. दावा की गई कुल राशि : .....
15. किए गए व्यय के ब्यौरे : .....

क्र.सं.	बिल / केश मीमो सं. तथा दिनांक	वर्गीकरण	राशि (रूपए में)
<b>कुल राशि</b>			

मैं एतद्वारा घोषणा करता हूँ कि –

- i. दावे में दिए गए विवरण मेरी जानकारी और विश्वास के अनुसार सत्य हैं।
- ii. मैं एनएचपीसी सेवानिवृत्त कर्मचारी स्वास्थ्य योजना का सदस्य हूँ।
- iii. मैं योजना के अंतर्गत चिकित्सा लाभों का प्राप्त करने हेतु पात्रता की शर्तों को पूरा करता रहूंगा।

- iv. किए गए चिकित्सा व्यय स्वयं / पति/पत्नी (मृतक कर्मचारी के मामले में) पर किए गए थे।
- v. यह कि बच्चों (मृतक कर्मचारी के मामले में) नियोजित नहीं है। सभी स्रोतों से उनकी आये 6000/- रूपए से अधिक नहीं है, और पुत्र के मामले में 25 वर्ष की आयु, अविवाहित पुत्री के मामले में 30 वर्ष की आयु प्राप्त नहीं की है। बच्चा / बच्चे जिसका या जिसके नाम .....है, शारीरिक दिव्यांग / मानसिक दिव्यांग है।
- vi. यह कि नियम 10.4.1 से 10.4.6 में सूचीबद्ध रोगों के संबंध में कोई दावा नहीं किया गया है।
- vii. मैं यह पूर्णतः समझता हूं कि निगम किसी भी समय मुझे बिना सूचना दिए और बिना कोई कारण बताए योजना से मेरी सदस्यता को अस्वीकार / समाप्त कर सकता है।

**टिप्पणी :**

- i. प्रतिपूर्ति के लिए दावा के साथ चिकित्सक द्वारा दिया गया नुस्खा, परामर्श तथा इंजेक्शन फीस हेतु अस्पताल के बिल की रसीदें, खरीदी गई दवाइयों के कैश मेमों, प्रयोगशाला से पैथोलॉजिकल टेस्ट, एक्स-रे आदि, यदि कोई हों, की रसीदें भी प्रस्तुत करें।
- ii. चिकित्सक के नुस्खों में यह स्पष्ट होना चाहिए - परामर्श की तारीखें, दवाइयों के नाम, खुराकें, कितने दिनों के लिए दवाइयों लिखी गई हैं।
- iii. क्लीनिकल प्रयोगशाला की कैश रसीद में किए गए टेस्ट आदि का ब्यौरा दिया जाए।
- iv. कैश मेमों, नकद रसीद, एक्स-रे और अन्य टेस्ट रिपोर्ट के पिछले पृष्ठ पर कर्मचारी द्वारा हस्ताक्षर किए जाएं।
- v. सभी अनुलग्नक तारीख-वार क्रम संख्या में संलग्न हों।
- vi. खरीदी गई दवाइयों का प्रत्येक कैश-मेमों डाक्टर द्वारा दिए गए संगत नुस्खे के साथ संलग्न होना चाहिए।

प्रमाणित किया जाता है कि मैं अन्यत्र कहीं पर पूर्णकालिक आधार पर पुनर्नियोजित नहीं हूं और मैं अपने पति/पत्नी अथवा अपने बच्चे के आश्रित के तौर पर उनके रोजगार के परिणामस्वरूप कोई चिकित्सा कवर नहीं ले रहा हूं।

दिनांक.....

दावाकर्ता के हस्ताक्षर.....

**कार्यालय प्रयोग हेतु**

.....रूपए हेतु स्वीकार किया गया .....हेतु पास किया गया

दिनांक.....के बैंक सं.....द्वारा .....रूपए हेतु

भुगतान किया गया।

**हस्ताक्षर**



