

चिकित्सा प्रतिपूर्ति प्रमाण पत्र

- (1) सरकारी सेवक का नाम/पदनाम एवं कार्यालय/विभाग का नाम :-
- (2) रोगी का नाम एवं सरकारी सेवक से संबंध :-
- (3) रोग/बीमारी का नाम :-
- (4) चिकित्सा कराये गये सरकारी /सी0जी0एच0एस0 से मान्यता प्राप्त/अन्य अस्पताल का नाम:-
- (5) चिकित्सा की अवधि तथा चिकित्सा कराने की प्रकृति :-
 - (क) अंतर्वासी चिकित्सा :-दिनांक-.....से दिनांक-.....तक
 - (ख) बहिर्वासी चिकित्सा :-दिनांक-.....से दिनांक-.....तक
- (6) राज्य के बाहर चिकित्सा कराने हेतु सक्षम प्राधिकार की अनुशांसा है या नहीं, संस्थान/पद नाम :-
- (7) सक्षम प्राधिकार द्वारा चिकित्सा कराने की स्वीकृति (अनुमति)/घटनोत्तर स्वीकृति प्राप्त है या नहीं :-
- (8) चिकित्सा में हुए कुल व्यय राशि :-

चिकित्सारत संस्थान के
अधीक्षक/निदेशक का हस्ताक्षर एवं मुहर

सरकारी सेवक के नियंत्री पदाधिकारी
का हस्ताक्षर एवं मुहर