

CERTIFICATE granted to Mr./Mrs./Miss. .... son/wife/daughter of Mr. ....  
.....employed in the Forest Research Institute, New Forest, Dehradun.

## i e k k i = & d /CERTIFICATE - A

(यह उन रोगियों के लिए भरा जाएगा जिन्हें उपचार के लिए अस्पताल में भर्ती नहीं किया गया।  
(To be completed in the case of the patients who are not admitted to hospital for treatment.)

मैं डॉ. ....एतद्वारा प्रमाणित करता हूँ :-  
I, Dr. .... hereby certify:

(i) कि मैंने अपने परामर्श कक्ष/रोगी के निवास पर दिनांक .....को परामर्श के लिए.....रु0.....चार्ज और प्राप्त किए।

That I charged and received Rs. .... for .....consultation on .....at my consulting room/ at the residence of the patient.

(ii) कि मैंने अपने परामर्श कक्ष/रोगी के निवास पर दिनांक .....को मांसपेशी में/त्वचा के नीचे इंजेक्शन लगाने के लिए रु0.....चार्ज और प्राप्त किए।

That I charged and received Rs..... for administering Intra-venous/Intra-muscular/Sub-cutaneous injections on ..... at my consulting room/ at the residence of the patient. (Dates to be given)

(iii) कि लगाये गये यह इंजेक्शन रोग न होने देने अथवा उसकी पहले से रोकथाम करने के लिए थे/नहीं थे।

That the injections administered were/ were immunising or prophylactic purposes.

(iv) कि रोगी.....चिकित्सालय में उपचाराधीन है/रहा तथा मेरे द्वारा उपचार के लिए निहित की गई दवाएँ रोगी के स्वस्थ होने/उसकी दशा को अधिक बिगड़ने से रोकने के लिए अनिवार्य थी। यह दवाएं गैर-अस्पताली रोगियों को देने के लिए.....(चिकित्सालय का नाम) में नहीं हैं तथा ऐसी दवाएं जिसके लिए उतने ही चिकित्सीय गुणों वाले सस्ते द्रव्य मिल जाते हैं और न ही ये ऐसी हैं कि जो इन्हें मुख्यतः खाद्य पदार्थ, प्रसाधन सामग्री रोगाणुनाशी कहा जाए।

That the patient has been under treatment at.....hospital and that the under mentioned medicines prescribed by me in this connection were essential for the recovery/prevention of serious deterioration in the condition of the patient. The medicines are not stocked in the..... (Name of the hospital) for supply to private patients and do not include proprietary preparations for which cheaper substances of equal therapeutic value are available, nor preparations which are primarily foods, toilets or disinfectants.

दवाइयों के नाम/Name of medicines	कीमत/Price	दवाइयों के नाम/Name of medicines	कीमत/Price
1. ....	.....	5.....	.....
2. ....	.....	6.....	.....
3. ....	.....	7.....	.....
4. ....	.....	8.....	.....

(v) कि रोगी...

.....रोग से रुग्ण है/था और दिनांक.....तक मेरे उपचाराधीन है/था।  
That the patient is/was suffering from.....and is/was under my treatment from.....to.....

(vi) कि रोगी का प्रसव पूर्व या प्रसवोत्तर उपचार किया गया/नहीं किया गया।

That the patient was/was not given pre-natal or post-natal treatment.

(vii) कि एक्स-रे, प्रयोगशाला परीक्षण आदि जिन पर रु0.....व्यय किया गया आवश्यक थे और मेरी सलाह से.....(चिकित्सालय या प्रयोगशाला का नाम) में कराये गये।

That the X-ray, laboratory tests, etc, for which an expenditure of Rs. ....was incurred were necessary and were undertaken on my advice at.....hospital (name of hospital or laboratory).

(viii) कि मैंने रोगी को विशेषज्ञ का परामर्श लेने के लिए डॉ.....के पास भेजा तथा उसके लिए डॉ.....(राज्य के मुख्य प्रशासनिक चिकित्सा अधिकारी का नाम) का आवश्यक अनुमोदन प्राप्त कर लिया गया था, जैसा कि नियमों में अपेक्षित हैं।

That I called in Dr. ....for specialist consultation and that the necessary approval of.....(name of the Chief Administrative Medical Officer of the State) as required under the rules was obtained.

(ix) कि रोगी को चिकित्सालय में भर्ती रखना आवश्यक था/नहीं था।

That the patient did not require/required hospitalization

चिकित्साधिकारी के हस्ताक्षर एवं पदनाम तथा संलग्नित  
अस्पताल का नाम

Signature and Designation of the  
Medical Officer and the Hospital/Dispensary to which attached

दिनांक/Dated .....

dHhZljdkj ds deZkj; k, oamuds ifjokl ds fpdfRl k mi plj ds l aak ea vlgfjr fpdfRl k Q ; k ds /ku&okil h dk nlok djus dk vlonu i=

**FORM OF APPLICATION FOR CLAIMING REFUND OF MEDICAL EXPENSES INCURRED IN-CONNECTION WITH MEDICAL TREATMENT OF CENTRAL GOVT. SERVANT & THEIR FAMILIES**

1. ljdkjh deZkj h dk ule vls irk -----  
**Name & Designation of the Govt. Servant**

(i) fookgr vFlak vfookgr -----  
**Whether Married or unmarried**

(ii) ft l LFku ij ifr@iRuh dk Jr ga -----  
**The place where wife/husband is employed**

2. dk lry; t glak Jr ga -----  
**Office in which employed**

3. ljdkjh deZkj h dk oru -----  
**Pay of the Govt. Servant**

4. dk ZLFky -----  
**Place of Duty**

5. okRfod vlok h irk -----  
**Actual residential address**

6. jskh dk ule , oal aak %Ppls ds eylea edi ; k mezHh fy [k -----  
**Name of the patient & relationship.**  
**(In the case of children state age also)**

7. ft l LFku ij jskh chkj gok -----  
**Place at which the patient fell ill.**

8. nlos dh jk' k dk foj. k -----  
**Details of the amount claimed.**

1/2, e-vk dk ule , oairk -----  
**The name & Designation of M.O.**

1/2 ijle' kZdh l d ; k , oafrrfk -----  
**The No. and Date of consultations**

1/2 iFkyWh@vU ijh k k@VlVks Q ; -----  
**Charges for pathological/other tests.**

1/2 ckt kj l s [kjnh xbZnokvkdh dler -----  
**Costs of medicines purchased from the market**

9. dy nlos dh jk' k -----  
**Total amount claimed.**

10. l yXudk dh l ph %nok dk iplZ dSk eSk i zk ki =&v] l lW , oavlonu] -----  
**List of enclosures : Prescription, Case Memos, Certificate-A, Abstracts & Applications.**

fnukl@Dated

ljdkjh deZkj h ds gLrk kj  
**Signature of the Govt. Servant**

dk vx'kr@Forwarded to

**fpdRl k nkos dk l kj @ABSTRACT OF MEDICAL CLAIM**

1. l jdkjh deZljh dk ule , oa  
i nule rFk vudkx , oao ru  
Name of the Govt. Servant with  
Designation and Section and pay drawn.

2. vlod h, irk rFk LFku  
t gaejt chej iMk  
Residential address and place  
where the patient fell ill.

3. ejht dk ule rFk l jdkjh  
deZljh l sml dk l rak  
Name of the patient, his/her  
relationship with the Govt. Servant

4. i xk ki = & v esfn, x,  
vud kj vsk/ht, fpdRl k dh  
vof/k rFk chej h dk ule  
Name of the disease and period  
of Medical treatment as given in  
Certificate-A.

5. , -, e-, - rFk vLi rky dk ule  
Name of the A.M.A. and Hospital

6. ijle 'kZdh frfFk , oal d ; k  
Number and Date of consultation

7. i xk ki = & v esfu /WZr , oa 'Wfey dh xbZ vsk/k k  
Medicines prescribed and included in Certificate-A

foOrk dk ule @Name of Dealer	fcy@udnh j l in dh l d ; k , oafnukd @ No. & Date Bill/Cash Memo	nolb ; h ds ule @ Name of Medicines	lfjek k @ Qty.	j k ' k # - @ Amount Rs.
8. j s M ; h v h v l s v u ; i j h k k @ Radiology and other tests				
9. v u ; i h j @Other Charges				
dy ; h @Grand Total				

l jdkjh deZljh nek j gLrkLj r ?Wsk k @Declaration to be signed by the Govt. Servant  
e s , r nek j ?Wsk k djrk gwd mij d r fn, x, fooj .k ejs l klu rFk fo'okl eal gh gA  
I hereby declare that the particulars furnished above are correct to the best of knowledge and belief.

l jdkjh deZljh ds i wZgLrkLj  
Full Signature of the Govt. Servant

# ----- dsfy, t h p fd ; k x ; k  
Scrutinised for Rs.

ou vud akku l lFku] U; w QK[V] ngjknw ea fu; kft r Jleku-----ds l qe@l qe@l i Ruh  
 Jleku@Jlerh@dqljh-----dks; g i ek ki = i nku fd; k t krk gA  
 CERTIFICATE granted to Mr./Mrs./Miss-----son/wife/daughter of Mr. -----  
 -----employed in the Forest Research Institute, New Forest,  
 Dehradun.

### i ek ki = &C/CERTIFICATE-B

(जो रोगी अस्पताल में उपचार हेतु भर्ती हैं उनके द्वारा पूर्ण रूप से भरा जाए)  
 (To be completed in the case of patients who are admitted to hospital for treatment)

### Hkx&V/PART-A

(अस्पताल में मामले के प्रभारी चिकित्साधिकारी द्वारा हस्ताक्षर किए जाए)  
 (To be signed by the Medical Officer-in-Charge of the case at the hospital)

1. e\$ M0-----, rnokj i ek. kr djrk gA@  
 I, Dr. ----- hereby certify:

¼½fd j lsh dks ejh l ylg ij@-----dh l ylg ij vLi rky eaHrZfd; k x; k FWA  
 ¼pfdR k/ldjh dk uke½

That the patient was admitted to hospital on my advice/on the advice of-----  
 (Name of Medical Officer)

¼½fd j lsh -----fpfdR ky; ea mi plj/hu g@jgk rFk ejs nojk mi plj ds fy, fufgr dh  
 xbZ nok a j lsh ds LoLFk gku@ml dh n'k dks vf/kd fcxMus ls jklus ds fy, vfuok Z FWA ; g nok a x\$&vLi rkyh  
 j l x; k dks nus ds fy, -----¼pfdR ky; dk uke ea ugh gS rFk , d h nok aft l ds fy, mrus gh  
 fpfdR h; xqk okys l lrs n; fey t krs gS v\$ u gh ; s, d h gS fd t k b l g a e d ; r% [kn; inFZ. i z k/ku l lexh  
 j l x k h d g k t k A

That the patient has been under treatment at-----hospital and that the under mentioned medicines prescribed by me in this connection were essential for the recovery/prevention of serious deterioration in the condition of the patient. The medicines are not stocked in the----- (Name of the hospital) for supply to private patients and do not include proprietary preparations for which cheaper substances of equal therapeutic value are available, nor preparations which are primarily foods, toilets or disinfectants.

दवाइयों के नाम/Name of medicines	कीमत/Price	दवाइयों के नाम/Name of medicines	कीमत/Price
1.		5.	
2.		6.	
3.		7.	
4.		8.	

¼ ½  
fd  
t k

ba D' ku fn, x, Fks os Vhclkj. k ; k j l x f u j k h m l s ; ds fy, ugh Fk

That the injections administered were/were not for immunising or prophylactic purpose.

d-i-i-@P.T.O.

(घ) कि रोगी.....से पीड़ित था तथा.....से.....तक मेरे उपचाराधीन है।

That the patient is/was suffering from.....and is/was under my treatment from.....to .....

(च) कि एक्सरे, प्रयोगशाला परीक्षण आदि जिसके लिए.....का व्यय हुआ जो आवश्यक था तथा.....अस्पताल, (अस्पताल तथा प्रयोगशाला का नाम) में मेरी सलाह पर किया गया।

That the X-ray, laboratory tests, etc, for which an expenditure of Rs. ....was incurred were necessary and were undertaken on my advice at.....hospital, (name of hospital or laboratory).

1/2 कि मैंने रोगी को विशेषज्ञ का परामर्श लेने के लिए डॉ. ....के पास भेजा तथा उसके लिए डॉ. ....(राज्य के मुख्य प्रशासनिक चिकित्सा अधिकारी का नाम) का आवश्यक अनुमोदन प्राप्त कर लिया गया था, जैसा कि नियमों में अपेक्षित हैं।

That I called in Dr. ....for specialist consultation and that the necessary approval of..... (name of the Chief Administrative Medical Officer of the State) as required under the rules was obtained.

अस्पताल में मामले के प्रभारी चिकित्सा अधिकारी के हस्ताक्षर एवं पदनाम  
Signature and Designation of the Medical Officer-in-Charge of the case at the Hospital

### H&C/PART-B

मैं प्रमाणित करता हूँ कि रोगी.....अस्पताल में उपचाराधीन रहा है तथा कि विशेष नर्सों की सेवाएं जिसके लिए रु0.....का व्यय किया गया, देखें संलग्नक बिल एवं रसीदें, रोगी की स्थिति में अत्यधिक गिरावट की रोकथाम/आरोग्य-प्राप्ति हेतु आवश्यक था।

I certify that the patient has been under treatment at the.....hospital and that the service of the special nurses, for which an expenditure of Rs.....was incurred vide bills and receipts attached, were essential for the recovery/prevention of serious deterioration in the condition of the patient.

अस्पताल में मामले के प्रभारी चिकित्सा अधिकारी के हस्ताक्षर एवं पदनाम  
Signature and Designation of the Medical Officer-in-Charge of the case at the Hospital

ifrgLkkjr@COUNTERSIGNED

चिकित्साध्यक्ष  
.....अस्पताल  
Medical Superintendent,  
.....Hospital

मैं प्रमाणित करता हूँ कि रोगी.....अस्पताल में उपचाराधीन रहा है तथा कि उसे प्रदान की गई सुविधाएं न्यूनतम थीं जो रोगी के इलाज हेतु आवश्यक थीं।

I certify that the patient has been under treatment at the.....hospital and that the facilities provided were the minimum which were essential for the patient's treatment.

चिकित्साध्यक्ष  
.....अस्पताल  
Medical Superintendent,  
.....Hospital

स्थान/Place.....  
दिनांक/Date. ....

कृपया ध्यान दें- जो प्रमाणपत्र लागू नहीं है उसे काट देना चाहिए। प्रमाणपत्र आवश्यक हैं तथा सभी मामलों में चिकित्साधिकारी द्वारा अवश्य भरे जाए।  
N.B. - Certificate not applicable should be struck off. Certificate(s) is compulsory and must be filled in by the Medical Officer in all cases.