

रेल कर्मचारियों और उनके परिवार के सदस्यों की चिकित्सा परिचर्या और / या उपचार के संबंध में
 हुए चिकित्सा व्यय की धन वापसी के लिए किए जानेवाले दावे का आवेदन फॉर्म
**FORM OF APPLICATION FOR CLAIMING REFUND OF MEDICAL EXPENSES INCURRED IN CONNECTION
 WITH MEDICAL ATTENDANCE AND / OR TREATMENT OF RAILWAY SERVANTS AND THEIR FAMILIES**

टिप्पणी :- प्रत्येक रोगी के लिए अलग-अलग फॉर्म का उपयोग किया जाए ।
 N. B.--Separate form should be used for each patient.

1. रेल कर्मचारी का नाम और पदनाम (बड़े सुस्पष्ट अक्षरों में)
Name and designation of the railway servant (in block letters)
 2. किस कार्यालय में नियोजित है ।
Office in which employed.
 3. वर्तमान नियमों के अंतर्गत परिभाषित रेल कर्मचारी का वेतन और अन्य
परिलब्धियां, जिन्हें अलग से दिखाया जाए ।
Pay of the railway servant as defined in the existing rules and any
other emoluments which should be shown separately.
 4. कार्य (ड्यूटी) का स्थान ।
Place of duty.
 5. वास्तविक निवास-स्थान का पता ।
Actual residential address.
 6. रोगी का नाम और रेल कर्मचारी से उसका रिश्ता ।
Name of the patient and his/her relationship to the railway servant.
- टिप्पणी :- बच्चों के प्रकरण में आयु भी बताएं ।
 N. B.--In the case of children, state age also.
7. स्थान जहाँ रोगी बीमार पड़ा ।
Place at which the patient fall ill.
 8. बीमारी की किस्म और उसकी अवधि ।
Nature of illness and its duration.
 9. दावे की रकम का विवरण :-
Details of the amount claimed :-
- I. चिकित्सा परिचर्या ।
 MEDICAL ATTENDANCE**
- (i) परामर्श के लिए फीस व नीचे लीखी जानकारी दें :-
Fees for consultation indicating :-
- (क) चिकित्सा अधिकारी का नाम और पदनाम जिससे कि परामर्श
किया गया और अस्पताल या डिस्पेंसरी जिससे संलग्न है ।
(a) The name and designation of the medical officer consulted
and the hospital or dispensary to which attached.
 - (ख) परामर्श की संख्या और तारीखें और प्रत्येक परामर्श के लिए
दी गई फीस ।
(b) The number and dates of consultations and the fee paid
for each consultation.
 - (ग) क्या परामर्श चिकित्सा अधिकारी से अस्पताल, परामर्श कक्ष
में या रोगी के घर पर लिया था ।
(c) Whether consultations were had at the hospital, at the
consulting room of the medical officer or at the residence
of the patient.

- (ii) निदान के समय रोग विज्ञान संबंधी, जीवाणु संबंधी, विकिरण चिकित्सा संबंधी या अन्य किए गए समान परीक्षणों के लिए रकम और नीचे लिखी बातें भी बताएं ।

Charges for pathological, bacteriological or other similar tests undertaken during diagnosis indicating ---

- (क) अस्पताल या प्रयोगशाला का नाम जहाँ परीक्षण किए गए और

(a) the name of the hospital or laboratory where the test were undertaken, and

- (ख) क्या परीक्षण अधिकृत चिकित्सा परिचालक के परामर्श पर कराया गया था, यदि हाँ तो उस आशय का प्रमाण-पत्र संलग्न किया जाना चाहिए ।

(b) whether the tests were undertaken on the advice of the authorised medical attendant. If so, a certificate to that effect should be attached.

- (iii) बाजार से खरीदी गई औषधियों का मूल्य ।

(औषधियों की सूची, कैश मेमो और अत्यावश्यकता प्रमाण-पत्र संलग्न किए जाने चाहिए) ।

Cost of medicines purchased from the market.

(List of medicines, cash memos and the essentiality certificate should be attached.)

II. अस्पताल में उपचार

HOSPITAL TREATMENT

अस्पताल में उपचार किए जाने के खर्चे उसके साथ निम्नांकित के लिए अलग-अलग खर्च बताएँ :-

Charges for hospital treatment, indicating separately the charges for--

- (i) आवास के लिए ।

Accommodation.

यह बताएँ कि क्या आवास सरकारी कर्मचारी के पद या वेतन के अनुसार था और उन प्रकरणों में जहाँ आवास रेल कर्मचारी के पद की अपेक्षा उच्चतर हो तो इस आशय का एक प्रमाण-पत्र संलग्न किया जाना चाहिए कि जिस आवास के लिए यह रेल कर्मचारी अधिकृत था, वह उपलब्ध नहीं था ।

State whether it was according to the status or pay of the government servant and in cases where the accommodation is higher than the status of the railway servant, a certificate should be attached to the effect that the accommodation to which he was entitled was not available.

- (ii) आहार ।

Diet.

- (iii) शल्य किया या चिकित्सा उपचार ।

Surgical operation or medical treatment.

- (iv) रोग विज्ञान, जीवाणु विज्ञान, विकिरण चिकित्सा संबंधी या अन्य समान परीक्षण व नीचे लिखी बातें बताएँ ।

Pathological, bacteriological, radiological or other similar tests indicating-

- (क) अस्पताल या प्रयोगशाला का नाम जहाँ परीक्षण किया गया ।

(a) the name of the hospital or laboratory at which undertaken.

- (ख) क्या परीक्षण अस्पताल के प्रभारी चिकित्सा अधिकारी के परामर्श पर किया गया था । यदि हाँ, तो उस आशय का प्रमाण-पत्र संलग्न किया जाए ।

(b) whether undertaken on the advice of the medical officer in charge of the case at the hospital. If so, a certificate to that effect should be attached.

- (v) औषधियाँ ।
Medicines.
- (vi) विशेष औषधियाँ (औषधियों की सूची, कैश मेमो और अत्यावश्यकता प्रमाण-पत्र संलग्न किए जाने चाहिए) ।
Special medicines. (List of medicines, cash memos and the essentiality certificate should be attached.)
- (vii) सामान्य उपचर्या (नर्सिंग) ।
Ordinary nursing.
- (viii) विशेष उपचर्या अर्थात् नर्सों विशेष तौर से रोगी के देखरेख के लिए रखी गई (यह बताएँ कि क्या अस्पताल में मामले के प्रभारी चिकित्सा अधिकारी के परामर्श पर उन्हें (नर्सों को) लगाया गया था अथवा रेल कर्मचारी या रोगी के अनुरोध पर । प्रथम स्थिति में मामले के प्रभारी चिकित्सा परिचारक के द्वारा जारी किए गए प्रमाण-पत्र जो कि अस्पताल के चिकित्सा अधीक्षक द्वारा प्रतिहस्ताक्षरित हों, संलग्न किया जाना चाहिए) ।
Special nursing, i. e., nurses specially engaged for the patient (state whether they were employed on the advice of the medical officer in charge of the case at the hospital or at the request of the railway servant or patient. In the former case a certificate from the medical officer in charge of the case and countersigned by the Medical Superintendent of the hospital should be attached).
- (ix) एम्ब्युलेंस प्रभार । (किस स्थान से किस स्थान तक यात्रा की गई बताएँ)
Ambulance charges. (State the journey to and from undertaken).
- (x) अन्य प्रभार अर्थात् बिजली, बत्ती, पंखा हीटर, वातानुकूल आदि का प्रभार । यह भी बताएँ कि बताई गई सुविधाएँ सामान्यतया सभी रोगियों को प्रदान की जानेवाली सुविधाओं के भाग हैं, और रोगी के लिए कोई विकल्प नहीं था ।
Any other charges, e. g., charges for electric light, fan, heater air-conditioning, etc. State also whether the facilities referred to are a part of the facilities normally provided to all patients and no choice was left to the patient.

टिप्पणी (1) यदि रेल सेवक द्वारा उपचार अपने निवास स्थान पर, सेक्रेटरी ऑफ स्टेट सर्विसेस के नियम 7 (रेल सेवा श्रेणी I) (चिकित्सा सेवा) नियम 1941 अथवा चिकित्सा उपस्थिति सेवा और उपचार नियमों के नियम 907 के अंतर्गत प्राप्त किया गया हो तो इस प्रकार के उपचार का विवरण दें और उन नियमों के अंतर्गत अपेक्षित अधिकृत चिकित्सा परिचारक (अटेंडन्ट) का प्रमाण-पत्र संलग्न करें ।

Note. If the treatment was received by the railway servant at his residence under Rule 7 of the Secretary of State Services (Railway Services Class I) (Medical Attendance) Rule, 1941 or Rule 907 of the Medical Attendance and Treatment Rules, give particulars of such treatment and attach a certificate from the authorised medical attendant as required by these rules.

- (2) यदि उपचार सरकारी अस्पताल के अतिरिक्त अन्य किसी अस्पताल में कराया गया हो तो आवश्यक विवरण और अधिकृत चिकित्सा परिचारक / अधिकारी द्वारा इस आशय का प्रमाण-पत्र किसी निकटतम रेलवे या सरकारी अस्पताल में अपेक्षित उपचार उपलब्ध नहीं था, प्रस्तुत किया जाना चाहिए ।
If treatment was received at the hospital other than a government hospital, necessary details and the certificate of the authorised medical attendant that the requisite treatment was not available in any nearest railway or government hospital should be furnished.

III. विशेषज्ञों से परामर्श । CONSULTATION WITH SPECIALIST.

अधिकृत चिकित्सा परिचारक के अतिरिक्त किसी विशेषज्ञ या किसी चिकित्सा अधिकारी को भुगतान की गई फीस बताते हुए नीचे लिखी बातें सूचित करें:-

Fees paid to a specialist or a medical officer other than the authorised medical attendant, indicating--

- (क) जिस विशेषज्ञ या चिकित्सा अधिकारी से परामर्श किया गया उसका नाम और पदनाम और अस्पताल जिससे वह संलग्न है ।
.....
- (a) the name and designation of the specialist or medical Officer consulted and the hospital to which attached.
- (ख) किए गए परामर्श की संख्या और तारीख और प्रत्येक परामर्श के लिए ली गई फीस ।
.....
- (b) number and dates of consultations and the fee charged for each consultation.

- (ग) क्या परामर्श अस्पताल में, विशेषज्ञ या चिकित्सा अधिकारी के परामर्श कक्ष में या रोगी के निवास स्थान पर किया गया था।
- (c) whether consultation was had at the hospital at the consulting room of the specialist or medical officer or at the residence of the patient.
- (घ) क्या अधिकृत चिकित्सा परिचारक/अधिकारी की सलाह पर विशेषज्ञ या चिकित्सा अधिकारी से परामर्श किया गया था और रेलवे के मुख्य चिकित्सा अधिकारी की पूर्व अनुमति प्राप्त कर ली गई थी। यदि हाँ, तो इस आदेश का प्रमाण-पत्र संलग्न किया जाना चाहिए।
- (d) whether the specialist or medical officer was consulted on the advice of the authorised medical attendant and the prior approval of the Chief Medical Officer of the railway was obtained. If, so a certificate to that effect should be attached.
10. दावा की गई कुल रकम।
Total amount claimed.
11. संलग्नकों की सूची।
List of enclosures.

घोषणा पर रेल कर्मचारी द्वारा हस्ताक्षर किया जाना है
DECLARATION TO BE SIGNED BY THE RAILWAY SERVANT

मैं एतद्वारा घोषणा करता हूँ कि इस आवेदन-पत्र में दिया गया विवरण मेरी जानकारी व विश्वास से सत्य है और वह व्यक्ति जिसके लिए चिकित्सा खर्च हुआ है पूरी तरह मेरे ऊपर आश्रित है।

I hereby declare that the statements in this application are true to the best of my knowledge and belief and that the person for whose medical expenses were incurred is wholly dependent upon me.

तारीख Date.....

रेल कर्मचारी के हस्ताक्षर और कार्यालय का नाम जिससे वह संलग्न है।
Signature of the Railway Servant and Office to which attached.

आवास पर / बहिरंग रोगी के नाते इलाज करने के लिए प्रमाण-पत्र
CERTIFICATE FOR TREATMENT AS OUTDOOR PATIENT / AT RESIDENCE

श्रीमती/श्री/कुमारी
(पत्नी/पुत्र/पुत्री श्री) को प्रमाण-पत्र प्रदान किया जाता है
जो कि स्थान पर सेवा में है।

Certificate granted to Mrs./ Mr./ Miss.....
Wife / son / daughter of Mr.....
employed in the.....

प्रमाण-पत्र 'क'
CERTIFICATE 'A'

(बहिरंग रोगियों के लिए जिन्हें अस्पताल में इलाज के लिए भरती न किया गया हो तब भरा जाय)
(To be completed in the case of patients who are not admitted to hospital for treatment)

डॉ:..... इससे प्रमाणित करता है कि--
I Dr..... hereby certify--

- (क) यह कि दिये गये इंजेक्शन असंक्रमीकरण / रोगनिरोधक करने या न करने के उद्देश्य से थे।
(a) that the injections administered were / were not for immunising or prophylactic purposes.
- (ख) वह रोगी चिकित्सा विभाग के स्थान अस्पताल में इलाज प्राप्त कर रहा है
..... और मेरे द्वारा इस संबंध में निर्धारित निम्न औषधियाँ स्वास्थालाभ/रोगी की
गंभीर विकृती की रोकथाम के लिए बहुत आवश्यक थी। जिनका स्टॉक
(अस्पताल का नाम) में उपलब्ध नहीं है, जिसकी निजी तौर से रोगी के लिए पूर्ति की जा सके / इसमें स्थान्य सम्पत्क शामिल नहीं है, जिसके लिए समान
चिकित्सीय महत्व रखनेवाले सस्ते पदार्थ उपलब्ध नहीं हैं और जिसमें आमतौर पर अन्न, प्रसाधन या रोगाणुनाशी सम्पत्क उपलब्ध नहीं हैं।
(b) that the patient has been under treatment at hospital and that the undermentioned
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 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.

औषधियों का नाम Name of medicine

मूल्य Price

- (1)
(2)
(3)
(4)
(5)

- (ग) यह कि उपरोक्त रोगी जो कि से बीमार है था / मेरे अधीन चिकित्सा
..... से तक पा रहा है / था।
(c) that the patient is / was suffering from and
is / was under my treatment from to
- (घ) यह कि उस रोगी को जन्म पूर्व अथवा जन्म के बाद चिकित्सा की गई / नहीं की गई।
(d) that the patient was / was not given pre-natal or post-natal treatment.
- (च) यह कि एक्स-रे तथा प्रयोगशाला परीक्षण आदि के लिए व्यय हुई रकम रु आवश्यक मान कर उठायी गयी
और मेरी सलाह के अनुसार (अस्पताल / प्रयोगशाला का नाम) में परीक्षण किया गया था।
(e) that the X-Ray, laboratory tests, etc., for which an expenditure of Rs. was
incurred were necessary and were undertaken on my advice at (name of hospital or laboratory).
- (छ) मैंने रोगी को डॉ: से विशेष विचार-विमर्श के लिए निदेश दिया है और इसके लिए
आवश्यक अनुमती (जिला चिकित्सा अधिकारी का नाम) से प्राप्त कर ली गई।
(f) that I referred the patient to Dr. for
specialist consultation and that the necessary approval of the (name of the District Medical Officer)
..... as required under the rules was obtained.
- (ज) यह कि रोगी को अस्पताल में रहने की आवश्यकता है / नहीं है।
(g) that the patient did not require / required hospitalisation.

चिकित्सा अधिकारी के हस्ताक्षर तथा पदनाम

और संबद्ध अस्पताल / दवाखाना

Signature and Designation of the Medical Officer
and the hospital / dispensary to which attached.

दिनांक Date

टिप्पणी :- जो प्रमाणपत्र लागू न हों उसे काट दें। प्रमाण-पत्र (क) अनिवार्य है और चिकित्सा अधिकारी द्वारा उसे भरा जाना हर मामले में जरूरी है।

N. B. :- Certificates not applicable should be struck off. Certificate (C) is compulsory and must be filled in by the Medical Officer in all cases.

परिसु. महा. 51/20/534/8; 5-2005; 20,000.

प्रधान कार्यालय के कर्मचारियों के चिकित्सा व्यय प्रतिपूर्ति चेक सूची (अ)

1	सरकारी अस्पताल में रेफर	हाँ / नहीं	पृष्ठ संख्या
1.1	मान्यता प्राप्त गैर सरकारी अस्पताल में रेफर		
1.2	सरकारी अस्पताल में बिना रेफर		
1.3	प्राईवेट अस्पताल में बिना रेफर के		
2	मेडिकल/RELHS के पहचान पत्र की सत्यापित फोटो कापी/परिवार के सदस्यों का विभाग द्वारा आश्रित होने का / रेलवे द्वारा ईलाज कराने का हकदार होने का प्रमाणीकरण		
3	अस्पताल का डिस्चार्ज टिकट की मूल प्रति के साथ / भर्ती की दिनांक छुट्टी की दिनांक		
4	दावा प्रस्तुत करने की तारीख		
5	क्या समय सीमा में दावा प्रस्तुत है ? (दावा सीमा 6 माह)		
5.1	अगर नहीं तो क्या देरी कन्डोन हुई है।		
6	इमरजेन्सी / आवश्यकता प्रमाण पत्र संलग्न है। (Essentiality certificate)		
7	बिल व बिलों की सूची की जांच		
अ	मूल बिल चिकित्सा अधिकारी द्वारा प्रमाणित		
ब	5000/- रु. से अधिक के बिल पर रेवेन्यू टिकट		
स	बिलों की समरी भर्ती एवं छुट्टी के बीच के बिल		
द	सभी मूल बिलों की दो सत्यापित फोटो कापी		
7.1	क्लेम फार्म नं. 227 जी पूर्ण रूप से भरा है		
7.2	क्लेम फार्म नं. 227 जी में दी गयी जानकारी संबंधित विभागीय अधिकारी द्वारा सत्यापित की गयी है।		
7.3	फार्म नं. 228 जी के भाग क, ख, एवं ग पूर्ण रूप से भरे गये हैं एवं इलाजकर्ता चिकित्सा अधिकारी द्वारा हस्ताक्षरित एवं (ए.एम.ओ.) प्राधिकृत चिकित्सा अधिकारी द्वारा सत्यापित किये गये हैं।		
7.4	मुख्य चिकित्सा अधिकारी / जयपुर से चेक सूची "ब" की पूर्ति होने के बाद फाईल वापस आने के बाद प्रधान कार्यालय के कार्यालय अधीक्षक द्वारा की जाने वाली कार्यवाही		
8	लेखा शाख वेटिंग / विधिक्षा		
9	मुख्य चिकित्सा अधीक्षक व चिकित्सा अधीक्षक की अग्रप्रेषण टिप्पणी		
10	व्यय प्रतिपूर्ति दावा राशि		
11	देय राशि		

Statement showing expenditure of treatment of Shri..... Designation.....

Station/HQ.....from.....To.....

S.N.	M.R.	Date	Page No.	Medicine		Investigation		Doctors charges		O.T. Charges		Room charges		Other charges	
				Amount Claimed	Non Admissible	Amount Claimed	Non Admissible	Amount Claimed	Non Admissible	Amount Claimed	Non Admissible	Amount Claimed	Non Admissible	Amount Claimed	Non Admissible
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Total															

Admissible amount to be filed by Rly doctor Rs.

Claim amount of bills verified .

Signature and Seal of treating doctor.

Counter sign of AMO (Railway)

Note (i) Non - admissible amount of column No. 6,8,10,12,14 &16 will filled by Rly doctor

(ii) Summary of column No. 1,2,3,4,5,7,9,11,13,16 to be filled by claimant and verified by treating doctor.

Annexure 'B'

To be filled by the Railway Medical Officer Only.

Summary

S.N.	Particulars	Claimed Amount	Non-admissible amount	Admissible amount	Certificate
					Reimbursement claim of Sh. _____ Designation _____ Stn. / HQ _____ examined. It is certified that admissible amount of claim is Rs. _____.
					Signature of scrutinized officer
					Claim amount Rs. _____
					Net admissible amount Rs. _____
					Admissible amount Rs. _____
					Verified & recommended.
					Signature of AMO/ Railway Hospital I/c of the Division.
Total					