

**महानगर टेलिफोन निगम लिमिटेड**  
**Mahanagar Telephone Nigam Limited**  
 (भारत सरकार का उद्यम)/(A Govt. of India Enterprise)  
 (संचार मंत्रालय)/(Ministry of Communication)

**APPLICATION FOR REIMBURSEMENT OF MEDICAL EXPENSES**

नाम एवं पदनाम Name & Designation	अनुभाग Section	मूल वेतन Basic Pay
रोगी का नाम /Name of the patient:		
म.टे.नि.लि. के अधिकारी के साथ संबंध Relationship with MTNL Officer/Staff		
डाक्टर का नाम व पता / Name and Address of Doctor	रोग की प्रकार Nature of disease:	

मैं निम्नलिखित कागजात प्रस्तुत करता हूँ /I submit the following :-

- (A)
- |   |   |   |
|---|---|---|
| 1. डाक्टर की पर्ची<br>Doctor's Prescription                   | 2. की गई जाँचों के लिए रसीद<br>Receipts for tests | 3. दवाई तथा इंजेक्शन देने के लिए डाक्टर का बिल /Doctor's bill for supply of medicines & injection charges |
| 4. डाक्टर के परामर्श की रसीद<br>Receipt for consultation      |   | 5. विशेषज्ञ द्वारा ली गई राशी की रसीद<br>Receipt for specialist charges                                   |
| 6. दवाओं के कैशमेमो की सं. /Cash Memo No. _____ for medicines | 7. अन्य कोई दावा /Any other claim                 |   |

- (B)
- |  |               |  |               |
|--|---------------|--|---------------|
| 1. क्लीनिक/रोगी के धर पर परामर्श<br>Consultation at Clinic/Residence | रू./Rs. _____ | 5. विशेषज्ञ शुल्क<br>Specialist charges        | रू./Rs. _____ |
| 2. इंजेक्शन<br>Injections  | रू./Rs. _____ | 6. दवाओं के कैशमेमो<br>Cash Memo for medicines | रू./Rs. _____ |
| 3. दवाई (डाक्टर द्वारा दी गई)<br>Drugs etc. (Supplied by Doctor)     | रू./Rs. _____ | 7. जाँचों के लिए<br>Tests                      | रू./Rs. _____ |
| 4. एक्स रे / X-Ray   | रू./Rs. _____ | 8. विविध शुल्क /Misc. charges                  | रू./Rs. _____ |
| <b>कुल /Total</b>  |               |  |               |

मैं प्रमाणित करता हूँ कि यह दावा सत्य और सही है। मैं केन्द्रीय सरकार स्वास्थ्य सेवा सुविधा का हकदार नहीं हूँ। मैं यह भी प्रमाणित करता हूँ कि मैंने या मेरे परिवार के किसी सदस्य ने किसी अन्य स्रोत से उक्त राशि का दावा नहीं किया है।

I certify that the claim is true and correct and I am not entitled to C.G.H.S. facility. I further certify that the amount has not been claimed by me or any of my family members from any other source.

दिनांक /Date: \_\_\_\_\_ हस्ताक्षर /Signature

Claim Scrutinized \_\_\_\_\_ Debitable to \_\_\_\_\_

After disallowing inadmissible items, it has been admitted for payment of Rs. \_\_\_\_\_ )

लेखाधिकारी (रोकड़)/Accounts Officer (Cash)

भुगतान प्राप्त किया /Received payment  
Signature

टिप्पणी /Note :-

1. जो आवश्यक न हो, उसे काट दें। Portion not required should be deleted.