	<u>RE-IMBUR</u>	SEMENT FORM	(समी कॉलम	पूरे भरे जाये)	
रोगी का नाम,		आयु बी	माकृते सबंध	6,	
बीमाकृत का नाम	बीमा नम्बर				
बीमाकृत कहा कार्य करता है					
बीमाकृत किस ईovसळ्याईo f	डेस्पैंसरी का है				
अस्पताल में दाखिल होने की तिथि					
अस्पताल का सी० आर० न०					
I further certify that: 1. That treatment as in 2. That the medicine	patient was neces were absolutely eaper effective su	sary. for his/her trea bstitute and that	tment were not in st they are not primarily		
क.स. दवाई का नाम	दवाई किस ति	थि को लिखी गई scribed	दवाई किस तिथि को खरीदी गई	दवाई की कीमत	
Countersigned of the Head of the institution certified That he/she		Signature Designation of Medical Attendent 1. प्रमाणित किया जाता है कि रोगी मेरे परिवार का सदस्य है वह मुझ पर पूर्ण रूप से निर्मर है			
Medical Officer ESI Dispensary,		क्योंकि उनकी आमदनी नहीं है। 2. प्रमाणित किया जाता है कि रोगी के लिए जो दवा खरीदी गई सही ढंग से प्रयोग की गई है।			

C\Users\care taker\Downloads\Re-imbersement Form.docx

बीमाकृत के हस्ताक्षर

Verification of amount

Sign. Of MO/SMO/MS