

बीमाकृत का चिकित्सा प्रतिपूर्ति फार्म

(सभी कॉलम पूरे भरे जाएं)

रोगी का नाम.....आयु.....बीमाकृत से सम्बन्ध

बीमाकृत कहां कार्य करता है.....

बीमाकृत को आबंटित डिस्पेंसरी का नाम व पता.....

अस्पताल में दाखिल होने की तिथि.....छुट्टी की तिथि.....

अस्पताल का सी0आर0नं0./ई0एस0आई0 डिस्पेंसरी का ओ0पी0डी0 नं0, दिनांक

1. प्रमाणित करे कि जिस रोगी का विवरण नीचे दिया गया है, वह रोगी/बाहरी रोगी कि तरह मेरे पास उपचाराधीन है व मे आगे प्रमाणित करता हूँ कि
2. रोगी के रूप मे वह उपचार आवश्यक था।
3. यह कि उनके उपलब्ध उपचार के लिए दवाएं बिल्कुल भी उपलब्ध नहीं थी हस्पताल मे स्टॉक मे नही थी व इनका कोई सस्ता प्रभावी विकल्प नही हैं और यह कि वे मुख्य रूप से भोजन/टॉनिक या कीटाणुनाशक नही है।
4. प्रमाणित किया जाता है कि दावा की गई कीमतें उचित/सही है।

बीमारी का नाम.....ईलाज की अवधि (समय).....

क्र0सं0	दवाई का नाम	दवाई किस तिथि को लिखी गई निर्धारित	दवाई किस तिथि को खरीदी गई	दवाई की कीमत (रु0)

ई.एस.आई. संस्थान के प्रमुख द्वारा प्रति हस्ताक्षित व प्रमाणित

चिकित्सा प्रभारी अधिकारी/ का इलाज करने वाले चिकित्सा परिचारक के हस्ताक्षर व मोहर

कि श्रीमान/श्रीमति
बीमाकृत संख्या
रिकार्ड के अनुसार ईएसआई लाभ का हकदार है।

- 1.प्रमाणित किया जाता है कि रोगी मेरे परिवार का सदस्य है वह मुझ पर पूर्ण रूप से निर्भर है व आमदनी
2. प्रमाणित किया जाता है कि रोगी के लिए जो बारे शपथ पत्र बिल मे संलग्न है।

चिकित्सा अधिकारी /वरिष्ठ चिकित्सा अधिकारी प्रभारी ई0एस0आई0 संस्था

दवाईयां खरीदी गई थी, सही ढंग से पूरी मात्रा मे भी प्रयोग की गई है/थी।

हस्ताक्षर चिकित्सा अधिकारी/ वरिष्ठ चिकित्सा अधिकारी/
चिकित्सा अधीक्षक

बीमाकृत के हस्ताक्षर व दिनांक