

**केंद्रीय सरकार स्वास्थ्य योजना
चिकित्सा प्रतिपूर्ति दावा प्रपत्र**

(मुख्य/मूल/प्रधान कार्ड धारक द्वारा बड़े अक्षरों में भरा जाए)

1. (क) मुख्य कार्ड धारक का नाम :
(ख) कें.स.स्वा.यो. (सी.जी.एच.एस.) लाभार्थी आई डी कार्ड संख्या :
(ग) कर्मचारी कोड संख्या :
(घ) कार्ड की पात्रता- प्राइवेट/सेमी प्राइवेट/सामान्य :
(ङ) पूरा पता :

- (च) मोबाइल/टेलीफोन संख्या एवं ई-मेल, यदि कोई :
2. (क) रोगी का नाम :
(ख) रोगी का कें.स.स्वा.यो. (सी.जी.एच.एस.) लाभार्थी आई डी कार्ड संख्या :
(ग) मुख्य कार्ड धारक के साथ संबंध :
3. अस्पताल/डायग्नोस्टिक सेंटर/इमेजिंग सेंटर का पता
जहाँ से उपचार या परीक्षण किया गया। :
4. क्या अस्पताल/ डायग्नोस्टिक सेंटर/इमेजिंग केंद्र सीजीएचएस के तहत सूचीबद्ध है?: हाँ/नहीं
5. उपचार जिसके लिए प्रतिपूर्ति का दावा किया गया है।
(क) बाह्य रोगी विभाग उपचार/परीक्षण एवं जांच :
(ख) आंतरिक/भर्ती उपचार :
6. क्या उपचार आपात स्थिति में किया गया था? : हाँ/नहीं
7. क्या उपचार के लिए पूर्व अनुमति ली गई थी? : हाँ/नहीं
8. क्या किसी स्वास्थ्य/चिकित्सा बीमा योजना की सदस्यता ली है,
यदि हाँ, तो दावा/प्राप्त राशि : हाँ/नहीं
9. अग्रिम चिकित्सा राशि का ब्यौरा, यदि कोई :
10. दावा की कुल राशि :
(क) बाह्य रोगी विभाग उपचार :
(ख) आंतरिक/भर्ती उपचार :
(ग) परीक्षण एवं जांच :
11. बैंक का नाम :..... बचत खाता संख्या :.....
शाखा का एमआईसीआर कोड..... आईएफएस कोड.....

घोषणा

मैं एतद्वारा घोषणा करता/करती हूँ कि आवेदन में दिए गए विवरण मेरे सर्वोत्तम ज्ञान और विश्वास के अनुसार सत्य हैं तथा जिस व्यक्ति के लिए चिकित्सा खर्च किया गया वह पूरी तरह से मुझ पर निर्भर है। मैं एक सीजीएचएस लाभार्थी हूँ एवं इलाज के समय मेरा सीजीएचएस कार्ड वैध था। मैं नियमों के तहत स्वीकार्य प्रतिपूर्ति के लिए सहमत हूँ।

दिनांक :.....

स्थान :.....

मुख्य कार्ड धारक के हस्ताक्षर