

कार्मिक प्रभाग, प्रधान कार्यालय, नई दिल्ली को प्रस्तुत किया जाए
TO BE SUBMITTED TO PERSONNEL DIVISION, H.O. : NEW DELHI

दावा संख्या
Claim No.

पंजाब नैशनल बैंक
punjab national bank

कार्यालय/Office

पंजाब नैशनल बैंक (अधिकारी) सेवा विनियम, 1979 के अन्तर्गत हास्पिटलाइजेशन खर्च की
प्रतिपूर्ति के लिए फार्म
FORM FOR REIMBURSEMENT OF HOSPITALISATION EXPENSES UNDER PNB
(OFFICERS) SERVICE REGULATIONS, 1979

नाम/Name	पदनाम/Designation.....
निवास स्थान का पता Residential Address	
रोगी का विवरण PATIENT'S DESCRIPTION	<p>नाम/Name लिंग/Sex.....</p> <p>अधिकारी के साथ सम्बन्ध जन्म-तिथि</p> <p>Relationship with employee Date of Birth</p> <p>क्या वह नौकरी में हैं... यदि हां, तो कहां</p> <p>Is he/she employed If so, by whom</p> <p>बच्चे के मामले में बताएं कि क्या वह विवाहित है</p> <p>In case of child, whether married</p>
दुर्घटना का ब्योरा DETAILS OF ACCIDENT	<p>दुर्घटना कब हुई ? तारीख समय पूर्वाह्न/अपराह्न</p> <p>When did the accident happen ? Date..... at.....AM/PM</p> <p>दुर्घटना का संक्षिप्त विवरण दें</p> <p>Give brief description of accident</p>
बीमारी अथवा रोग अथवा प्रसूति ILLNESS OR DISEASE OR DELIVERY	<p>बीमारी / रोग का नाम</p> <p>Name of illness/disease suffered</p> <p>यदि आपरेशन किया गया हो तो उसका नाम/स्वरूप</p> <p>Name/Nature of operation, if any</p>
अस्पताल में भर्ती से पूर्व PRE-HOSPITALI- SATION	<p>डॉक्टर का नाम/Name of the Doctor</p> <p>डॉक्टर का पता/Address of the Doctor</p> <p>अवधि जिसके दौरान डॉक्टर की देखरेख में रहे से</p> <p>Period for which remained under the तक</p> <p>Doctor's care fromto.....</p>

अस्पताल में भर्ती रहने
की स्थिति में
HOSPITALISATION

अस्पताल/नर्सिंग होम का नाम
Name of Hospital/Nursing Home

पता / Address

अस्पताल में दिनांक को बजे पूर्वाह्न/अपराह्न में भर्ती किया गया
Admitted in Hospital on at AM/PM

कमरा नम्बर/Room No.....

अस्पताल से दिनांक को बजे पूर्वाह्न/अपराह्न में
दिन बाद छुट्टी दी गई।

Discharged on..... at..... AM/PM After.....days

मैं एतद्वारा प्रमाणित करता हूँ/करती हूँ कि इस दावे के सम्बन्ध में मेरे द्वारा दिया गया विवरण तथा सूचना बिलकुल सही है और इसमें किसी भी तथ्य को छिपाया अथवा उसकी गलत बयानी नहीं की गई है। इसमें यदि कोई विसंगति पाई जाती है तो बैंक, नियमों के अनुसार, इस दावे को अस्वीकार करने सहित, मेरे विरुद्ध कोई भी ऐसी कार्यवाही कर सकता है जिसे वह उचित समझे।

I hereby certify that the particulars and information given by me in respect of this claim are absolutely factual and nothing has been concealed/misrepresented. In case of any discrepancy, I shall be open for any action that the Bank may deem fit against me, as per rules, including rejection of the claim.

प्रभारी पदधारी द्वारा प्रतिहस्ताक्षरित
Countersigned by
Incumbent Incharge

अधिकारी के हस्ताक्षर
Signature of the Officer

पदनाम/Designation.....

कार्यालय/शाखा.....
Office/Branch

प्र०का०/क्षेत्र.....
H.O./Region

मुहर/Seal

तारीख/Date

टिप्पणी : उपर्युक्त दावे के समर्थन में प्रस्तुत किए गए प्रत्येक बिल / केश मीमो / रसीद का इलाज कर रहे चिकित्सक / सर्जन द्वारा सत्यापन किया जाना चाहिए कि चिकित्सक सम्बन्धी उक्त खर्च उसके प्राधिकार से किया गया है।

NOTE : Each Bill / Cash Memo / Receipt in support of the claim should be verified by the attending Physician / Surgeon in support of such medical expenses having been authorised by him.

सुविधा BENEFITS	राशि जिसका दावा किया गया Amount claimed	देय राशि Amount payable	नामंजूर की गई राशि Amount disallowed	टिप्पणी Remarks
हास्पिटलाइजेशन खर्च HOSPITALISATION EXPENSES				
(क) (i) कमरे का प्रभार/(a) (i) Room charges दर रु०..... प्रतिदिन से..... दिन के लिए @ Rs. per day for days				
(ii) नर्सिंग/चिकित्सा सम्बन्धी परिचर्या Nursing/Medical Attendance दर रु०..... प्रतिदिन से..... दिन के लिए @ Rs. per day for days				
(ख) सर्जन की फीस/(b) Surgeon's fees (i) (ii)				
(ग) एनेस्थीसिया, आक्सीजन, खून चढ़ाने और एनेस्थीटिस्ट की फीस आपरेशन थियेटर तथा शल्य चिकित्सा उपकरणों का कुल खर्च				
(c) Total of Anaesthesia, Oxygen, Blood Transfusion and Anaesthetist's fees, Operation Theatre and Surgical appliances.				
(i) आपरेशन थियेटर प्रभार रु०..... Operation Theatre charges Rs.				
(ii) एनेस्थीटिस्ट की फीस रु०..... Anaesthetist's fees Rs.				
(iii) रु०/Rs.....				
(iv) रु०/Rs.....				
(v) रु०/Rs.....				
जोड़/Total रु०/Rs.....				
(घ) एक्स-रे, पैथोलॉजिकल परीक्षणों, ई. सी. जी. तथा अन्य परीक्षणों पर खर्च का जोड़				
(d) Total of X-ray, Pathological tests, Electro-Cardiogram & other tests				
(i) एक्स-रे/X rays रु०/Rs.....				
(ii) ई.सी.जी./ECG रु०/Rs.....				
(iii) पैथोलॉजिकल परीक्षण रु०..... Pathological tests Rs				
(iv) रु०/Rs.....				
(v) रु०/Rs.....				
उप जोड़ रु०..... Sub Total Rs.				
आगे ले जाया गया C/F				

सुविधा BENEFITS	राशि जिसका दावा किया गया Amount claimed	देय राशि Amount payable	नामंजूर की गई राशि Amount disallowed	टिप्पणी Remarks
आगे लाया गया B/F				
(क) बिलों/केश मीमो के अनुसार दवाइयों/औषधियों पर खर्च का योग (e) Total of Medicines and Drugs as per bills/cash/memos				
(च) संलग्न किए गए बिलों/रसीदों के अनुसार परामर्शदाता की फीस दर रु०..... प्रतिदिन से निरीक्षणों/परामर्शों के लिए (f) Consultant's fees as per Bills / Receipts enclosed @ Rs.....par day for.....visits/consultations				
(छ) एम्बुलेन्स/वाहन प्रभार, यदि कोई हो (रसीद संलग्न करें) (g) Ambulance / Conveyance charges if any (enclose receipt)				
(ज) प्रवेश/रजिस्ट्रेशन फीस (h) Admission/Registration Fees				
जोड़/TOTAL				

केवल कार्यालय द्वारा प्रयोग के लिए
FOR OFFICE USE ONLY

बैंक के चिकित्सा अधिकारी का प्रमाण पत्र
Bank's Medical Officer's Certificate

मैंने श्री/श्रीमती/कु०.....के/की.....श्री/श्रीमती/कु०.....के सम्बन्ध में उनके द्वारा प्रस्तुत किए गए दावे की जांच कर ली है।

I have examined the claim of Shri.....in respect of.....his/her.....सम्बन्धित चिकित्सा सम्बन्धी बिल उस बीमारी/रोग से प्रत्यक्षत सम्बन्धित है। जिसमें रोगी पीड़ित था और इन्हें पास किए जाने की सिफारिश की जाती है। मैं इस बात की भी पुष्टि करता हू कि इस मामले में अस्पताल में भर्ती आवश्यक थी।

The relative medical bills directly relate to the illness/disease suffered and are recommended to be passed। also confirm that hospitalisation in this case was necessary.

तारीख/Date

बैंक का चिकित्सा अधिकारी
Bank's Medical Officer

मामले की जांच करने वाले अधिकारी की सिफारिश
Recommendation of the officer examining the case

आदेश/ORDERS

लेखाकार/ACCOUNTANT

प्रबन्धक/मुख्य कार्मिक
MANAGER/CHIEF-PERSONNEL