

अक्र.	खाजगी रुग्णालयात अंतररुग्ण उपचार देयक प्रतीपुर्तीसाठीची कागदपत्रे
१	वैद्यकीय प्रतीपुर्तीचा अर्ज
२	वैद्यकीय खर्चाची परिगणना
३	खर्चाच्या परीगणनेसाठी प्रपत्राचा नमुना
४	तपासणी सूची
५	चेक लिष्ट
६	परिशिष्ट - एक
७	जिल्हा रुग्णालयाचे ( ससूनचे प्रमाणपत्र)
८	परिशिष्ट - तीन ( प्रमाणपत्र ब)
९	परिशिष्ट - चार (प्रमाणपत्र क)
१०	परिशिष्ट - पाच ( प्रमाणपत्र ड)
११	औषधांची यादी( कॅटेगरी सहित )
१२	आकस्मिकता प्रमाणपत्र
१३	मद्यार्क अल्कोहोल यांचा समावेश नसल्याचे प्रमाणपत्र ,
१४	उपचाराकरिता वापरण्यात आलेल्या साधनांचा दुबार वापर केला नसल्याबाबतचे प्रमाणपत्र
१५	रुग्णालयातील वास्तव्याचा दाखला
१६	कुटुंब मर्यादा प्रमाणपत्र / कुटुंबाचा तपशील
१७	प्रतीपुर्तीच्या दाव्याचे प्रमाणपत्र ( सेवेत असल्यास जोडीदाराने त्यांच्या कार्यालयात केले नसल्याबाबतचे) (कार्यालयाचे प्रमाणपत्र जोडावे -सोबत)
१८	पती - पत्नी - आई , वडील सेवेत नसल्याबाबतचे प्रमाणपत्र ,
१९	हमी पत्र
२०	विशेष परिचर्या प्रमाणपत्र - डॉक्टरांचे ) नर्सिंग सेवा आवश्यक असल्याबाबत/नसल्याबाबत (
२१	कुटुंब प्रमाणपत्र
२२	खर्चाचे प्रमाणपत्र
२३	अवलंबिता प्रमाणपत्र ( रेशनकार्ड छायांकित प्रत ) ( जोडीदाराव्यातिरिक्त इतर नातेवाईकांसाठी/जोडीदारासाठी )
२४	तातडीने उपचार घेतलेबाबतचा खुलासा
२५	शासकीय रुग्णालयात औषधोपचार न घेण्या बाबतचे शासकीय कर्मचाऱ्याचे स्पष्टीकरण
२६	रुग्णालय रजिष्टर असलेबाबतचे प्रमाणपत्र ) रजिस्टर नंबर व दिनांक नमूद असणे आवश्यक ( ) ) शासन मान्य असल्यास शासन निर्णय प्रत (
२७	रुग्णालयाचे बिल )संपूर्ण तपशिल ( , ५०००/-व त्यावरील बिलांवर रेव्हेनु स्टॅप चिकटविणे आवश्यक
२८	डिचार्ज कार्ड
२९	मेडिकल मधून खरेदी केलेल्या औषधांच्या पावत्या ( साईजच्या पेपरवर व्यवस्थित चिकटवून A4) ( खरेदी केलेल्या औषधांच्या पावत्यांवर डॉक्टरांचा सही शिक्का आवश्यक )
३०	रुग्णालयाने अहवाल व पावत्या , चाचण्यांची कागदपत्रे / डॉक्टरांनी सुचविलेल्या औषधांची / ( साईजच्या पेपरवर व्यवस्थित चिकटवून A4) ( अहवाल व पावत्यांवर डॉक्टरांचा सही शिक्का आवश्यक , चाचण्यांची कागदपत्रे , सर्व पावत्या)
३१	इतर कागदपत्रे वेतन प्रमाणपत्र , आधारकार्ड , पॅनकार्ड छायांकित प्रत

अर्जदाराचे नाव -  
पदनाम -  
दिनांक -

प्रती,

**विषय - वैद्यकीय खर्चाच्या देयकाबाबत..**

महोदय,

मी -----

----- येथे सध्या कार्यरत आहे.

मी/ माझे नातेवाईक -----

हिस / ह्यास दि.----- ते दि.----- पर्यंत दवाखान्यात दाखल केले होते. सदर बाबतचे वैद्यकीय देयक प्रतिपूर्ती खर्चासाठी आपल्याकडे सादर करीत आहे. तरी सदरचे वैद्यकीय देयक पारित होणेस नम्र विनंती.

आपला विश्वासू

अर्जदाराचे नाव व स्वाक्षरी

## वैद्यकीय खर्चाची परिगणना

संदर्भ: सार्वजनिक आरोग्य विभाग , मंत्रालय मुंबई  
शासन निर्णय, क्रमांक एमएजी. २००५/९/प्र.क्र.१/ आरोग्य-३, दिनांक १९ मार्च २००५ प्रमाणे

कर्मचाऱ्याचे नाव	
रुग्णाचे नाव	
रुग्णालयातील वास्तव्याचा काळ	
रुग्णालयाचे नाव	
आजाराचे नाव	

अ.क्र (१)	तपशील (२)	एकूण खर्च (३)
१	एकूण खर्च	
२	ना-देय खर्च	
३	प्रत्यक्ष खर्च (१-२)	
४	प्रत्यक्ष खर्चापैकी वास्तव्याचा खर्च (Bed Charges)	
५	प्रत्यक्ष खर्चापैकी औषधोपचाराचा खर्च (३-४)	
६	औषधोपचारासाठी अनुज्ञेय खर्चाचे प्रमाण (औषधोपचारावरील प्रत्यक्ष खर्चापैकी प्रतीपुर्तीचे प्रमाण ९०% ) (शासनमान्य रुग्णालयातील औषधोपचाराच्या खर्चाची १००% प्रतिपुर्ती)	
७	रुग्णालयात वास्तव्याचे दिवस	
८	वास्तव्यासाठी केलेला खर्च	
९	रुग्णालयातील वास्तव्यासाठी अनुज्ञेय खर्चाचे प्रमाण	
	वास्तव्याचा प्रकार	प्रत्यक्ष खर्च
	अनुज्ञेय रक्कम	देय रक्कम
१	जनरलवार्ड(सर्व सामान्य खर्च )	
२	जनरल वार्डच्या(सामान्य कक्षाच्या बाजूचा बाथरूम नसलेला कक्ष )	
३	बाथरूमसह स्वतंत्र कक्ष	
४	बाथरूमसह डबलबेड कक्ष	
५	बाथरूमसह वातानुकुलीत कक्ष (विमान प्रवास सवलत अनुज्ञेय असलेल्या कर्मचाऱ्यांसाठी)	
६	अतिदक्षता कक्ष	
	वास्तव्यापोटी एकूण देय रक्कम=	
१०	एकूण देय खर्च	

स्वाक्षरी –  
नाव –  
पदनाम –  
कार्यालय–

## खर्चाच्या परिगणनेसाठीच्या प्रपात्राचा नमुना

	खर्चाचा तपशील	प्रत्यक्ष खर्च	खर्चाची अनुज्ञेय टक्केवारी	प्रतीपुर्तीसाठी अनुज्ञेय खर्च
१	एकूण खर्च – ना -देय खर्च (वजा) वास्तव्याचा खर्च (वजा) औषधोपचारावरील खर्च (अ)			
२	वास्तव्याचा खर्च – १ अतिदक्षताकक्ष २ बाथरूमसह वातानुकुलीत कक्ष वास्तव्याचा खर्च (ब )			
	एकूण (अ+ब)			

## तपासणी सूची

शासन निर्णय , सार्वजनिक आरोग्य विभाग क्रमांक एमएजी. २००५ / ९ / प्र.क्र. १ / आरोग्य -३,  
दिनांक १९ मार्च २००५ नुसार वैद्यकीय खर्चाच्या प्रतीपुर्तीसाठी सादर करावयाच्या  
कागदपत्रांची तपासणी सूची.

अ.क्र	सादर करावयाचे प्रमाणपत्र / कागदपत्र /अर्ज	अभिप्राय	पृष्ठ क्रमांक
१.	वैद्यकीय खर्चाच्या प्रतीपुर्तीची परिगणना -(शासनमान्य रुग्णालयातील उपचार असल्यास त्याप्रमाणे परिगणना करावी ) ना-देय खर्चाचा तपशील स्वतंत्रपणे दर्शवून तो औषधोपचाराच्या खर्चामधून वजा करून त्याप्रमाणे परिगणना करावी.		
२.	शासकीय कर्मचाऱ्याचा वैद्यकीय प्रतीपुर्तीसाठीचा अर्ज (दिनांकासह ) (कार्यालयाने विहित मुदतीत मागणी केल्याचे प्रमाणित करणे आवश्यक )		
३.	सर ज.जी. समूह रुग्णालये, मुंबई / ससून सर्वोपचार रुग्णालय, पुणे / जिल्हा शाली चिकित्सकांचे प्रमाणपत्र, आजाराचे नाव व शासन निर्णय दिनांक १९ मार्च २००५ मधील आजाराचा क्रमांक. (प्रमाणपत्रावर डॉक्टरांचे नाव, सही व शिक्का असणे आवश्यक राहिल.)		
४.	परिशिष्ट -१		
५.	परिशिष्ट -ब		
६.	नमुना " क " (रुग्णालयाच्या डॉक्टरांचे नाव व रुग्णालयाचा नोंदणी क्रमांक असणे आवश्यक)		
७.	नमुना "ड" (रुग्णालयाच्या डॉक्टरांचे नाव व रुग्णालयाचा नोंदणी क्रमांक असणे आवश्यक)		
८.	उपचारांची तातडी असल्याबाबतचे रुग्णालयाचे प्रमाणपत्र (रुग्णालयाच्या डॉक्टरांचे नाव व रुग्णालयाचा नोंदणी क्रमांक असणे आवश्यक )		
९.	औषधामध्ये मद्यार्क / अल्कोहोल / टानिक अथवा अन्नघटक नसल्याबाबतचे रुग्णालयाचे प्रमाणपत्र. (रुग्णालयाच्या डॉक्टरांचे नाव व रुग्णालयाचा नोंदणी क्रमांक असणे आवश्यक )		
१०.	आवश्यक साधने व उपकरणे नवी वापरली असल्याबाबत व त्याचा पुनर्वापर होणार नसल्याचे रुग्णालयाचे प्रमाणपत्र. (आवश्यकतेप्रमाणे नर्सिंगबाबत रुग्णालयातील डॉक्टरांचे प्रमाणपत्र ) (रुग्णालयाच्या डॉक्टरांचे नाव व रुग्णालयाचा नोंदणी क्रमांक असणे आवश्यक )		
११.	रुग्णालयातील वास्तव्याबाबतचे प्रमाणपत्र. (रुग्णालयाच्या डॉक्टरांचे नाव व रुग्णालयाचा नोंदणी क्रमांक असणे आवश्यक )		

अ.क्र	सादर करावयाचे प्रमाणपत्र / कागदपत्र /अर्ज	अभिप्राय	पृष्ठ क्रमांक
१२.	कुटुंब मर्यादा प्रमाणपत्र (कार्यालय प्रमुखाने स्वाक्षांकित केलेले )		
१३.	आवश्यकतेप्रमाणे कुटुंबनियोजन शस्त्रक्रिया प्रमाणपत्र ( कार्यालय प्रमुखाने स्वाक्षांकित केलेले )		
१४.	अवलंबिता प्रमाणपत्र रुग्ण व्यक्ती व वैवाहिक जोडीदार यांचे शासकीय / निमशासकीय कार्यालयात नोकरीस असल्यास ( कार्यालय प्रमुखाने स्वाक्षांकित केलेले) (रेशनकार्डच्या प्रमाणित प्रतीसह )		
१५.	आवश्यकतेप्रमाणे पती / पत्नी / रुग्ण/ यांनी वैद्यकीय खर्चाच्या प्रतीपुर्तीचा दावा केला नसल्याचे प्रमाणपत्र ( कार्यालय प्रमुखाने स्वाक्षांकित केलेले )		
१६.	आवश्यकतेप्रमाणे कुटुंब म्हणून सासू सासरे अथवा आई वडील यांची निवड केल्याचे प्रमाणपत्र ( कार्यालय प्रमुखाने स्वाक्षांकित केलेले )		
१७.	मधुमेह रुग्णाबाबत परिशिष्ट -६ मधील प्रमाणपत्र (सक्षम वैद्यकीय अधिकाऱ्याने स्वाक्षांकित केलेले )		
१८.	रुग्ण सेवानिवृत्त असल्यास आवश्यकतेप्रमाणे सेवानिवृत्ती वेतन प्रमाणपत्र ( कार्यालय प्रमुखाने स्वाक्षांकित केलेले )		
१९.	पंतप्रधान, मुख्यमंत्री तसेच अन्य संस्थेकडून आर्थिक सहाय्य मिळाले आहे का ? असल्यास सविस्तर तपशील द्यावा.		
२०.	आवश्यकतेप्रमाणे प्रसूतीसंदर्भात विहित मुदतीत शासकीय रुग्णालयात नाव नोंदविल्याचे प्रमाणपत्र ( कार्यालय प्रमुखाने स्वाक्षांकित केलेले )		
२१.	आवश्यकतेप्रमाणे मोटार अपघात दाव्यासंदर्भात नुकसान भरपाईची रक्कम मिळाल्यास त्यातून वैद्यकीय खर्चाच्या प्रतीपुर्ती भरून देण्याचे हमीपत्र ( कार्यालय प्रमुखाने स्वाक्षांकित केलेले )		
२२.	रुग्ण व्यक्तीला अपघात झाला असल्यास प्रथम खबर अहवालाची प्रत ( कार्यालय प्रमुखाने स्वाक्षांकित केलेले )		
२३.	अर्जदाराचे वेतन प्रमाणपत्र ( कार्यालय प्रमुखाने स्वाक्षांकित केलेले )		
२४.	उपचार घेतलेले रुग्णालय शासनमान्य असल्यास त्याबाबतच्या शासन निर्णयाची प्रत		
२५.	उपचार शासकीय रुग्णालयात घेतले असल्यास तसे प्रमाणपत्र		
२६.	रुग्णालयातून रुग्णास सोडल्याचे प्रमाणपत्र (Discharge Certificate)		

अ.क्र	सादर करावयाचे प्रमाणपत्र / कागदपत्र /अर्ज	अभिप्राय	पृष्ठ क्रमांक
२७.	औषधांची यादी		
२८.	रुग्णालयाने / डॉक्टरांनी सुचविलेल्या औषधाची / चाचण्यांची कागदपत्रे, अहवाल व पावत्या (A 4 साईजच्या कागदांवर व्यवस्थित चिकटवून )		
२९.	खरेदी केलेल्या औषधासंबंधीच्या पावत्या (A 4 साईजच्या कागदांवर व्यवस्थित चिकटवून )		
३०.	रुग्णाच्या वास्तव्याच्या ठिकाणापासून दूरवरच्या खाजगी रुग्णालयात उपचार घेतले असल्यास जवळच्या शासकीय वा खाजगी रुग्णालयात उपचार का घेतले नाहीत याबाबत मागणीकर्त्याची कारणमिमांसा व त्यासंदर्भात कार्यालय प्रमुखाचे अभिप्राय		

स्वाक्षरी :

नाव :

पदनाम:

कार्यालय :

टीप : अभिप्राय या रकान्यात संबंधित माहिती नमूद करावी. प्रमाणपत्र/ कागदपत्र सोबत जोडली असल्यास " सोबत जोडले आहे " किंवा लागू नसल्यास " लागू नाही " असे अभिप्राय नमूद करावेत.

**परिशिष्ट - अ**  
( चेकलिस्ट )

१	शासकीय कर्मचाऱ्याचे नाव , पदनाम व मूळ वेतन	
२	कार्यालयाचे नाव	
३	अ ) रुग्णाचे नाव ब ) कर्मचाऱ्याचे रुग्णाशी नाते व वय क ) रुग्ण सेवेत असल्यास त्यांचे कार्यालयाचे नाव व पदनाम	
४	रोगाचे नाव	
५	रुग्णालयाचे नाव	
६	कालावधी	
७	प्रिस्क्रिप्शन व औषधांच्या मूळ पावत्या जोडलेल्या आहेत काय ?	
८	शस्त्रक्रिया झाली असल्यास शस्त्रक्रियेचा दिनांक	
९	रुग्णाच्या आजाराबाबत शासकीय जिल्हा रुग्णालयाचे प्रमाणपत्र सादर केले किंवा कसे?	
१०	आजाराबाबत आकस्मिकता होती का ? असल्यास सक्षम अधिकाऱ्याचे प्रमाणपत्र जोडले आहे काय ?	
११	शासकीय कर्मचाऱ्याचे कुटुंबाचे प्रमाणपत्र, कुटुंबातील व्यक्तीचे नाते व वय	
१२	शासन निर्णय दि.१९.०३.२००५ मध्ये नमूद केल्यानुसार सुधारित दराने अनुज्ञेय रक्कमेची परिगणना केली आहे का ?	
१३	रुग्णास निवृत्ती वेतन मिळत असल्यास ते किती आहे.	
१४	शासकीय कर्मचाऱ्याचे कुटुंब मर्यादित नसल्यास पती अथवा या दोघांपैकी एकाने कुटुंब नियोजन शस्त्रक्रिया केली असल्याचे प्रमाणपत्र जोडले आहे का ?	
१५	शासकीय कर्मचारी यांनी त्यांच्या आई वडीलांच्या आजारावरील वैद्यकीय देयक सादर केले असल्यास आईवडील त्यांच्यावर अवलंबून आहे का ? या बाबतचे प्रमाणपत्र जोडले आहे का ?	
१६	शासकीय कर्मचारी यांनी मुलगा /मुलीचे देयक सादर केले असल्यास त्यांचे वय व शासकीय कर्मचाऱ्यांवर अवलंबून आहे का?	
१७	रुग्णाचा आजार अपघात या आकस्मित आजारात अंतर्भूत असल्याचे स्वरूप व आपघताबाबत मोटार अधिनियम कायद्यांतर्गत नुकसान भरपाईची दावा दाखल केला आहे का ?	



१८	रुग्णास औषधोपचार/ शस्त्रक्रिया दरम्यान वापरण्यात आलेल्या वैद्यकीय साधन सामुग्रीचा पुनर्वापर केला नसल्याचे खाजगी रुग्णालयातील वैद्यकीय अधिकारी यंचे प्रमाणपत्र	
१९	परराज्यात उपचार घेतले असल्यास त्याची करणे	
२०	अनुज्ञेय नसणाऱ्या बाबीवरील खर्च वगळण्यात आला आहे का ?	
२१	विवरणपत्र अ व ब (शासकीय रुग्णालय) किंवा विवरणपत्र क व ड खाजगी रुग्णालयाचे प्रमाणपत्र जोडले आहे का ? संबंधित अधिकारी यांची सही व शिक्का आहे का ?	
२२	जर शस्त्रक्रिया / अँजिओप्लास्टी खाजगी रुग्णालयात केली तर ती बॉम्बे हॉस्पिटलमध्ये केली असती तर त्यावर किती खर्च आला असता त्यांचे प्रमाणपत्र सादर केले आहे का ?	
२३	सादरचा दावा विहित मुदतीत सादर केला आहे का ?	
२४	५ गंभीर आजार आजाराबाबत खाजगी रुग्णालयात उपचार घेतले असतील तर ते रुग्णालय शासन मान्य आहे काय व असल्यास कोणत्या शासन निर्णयान्वये	
२५	उपकरणे खरेदी करण्यात आली असल्यास ती मान्यता प्राप्त यादीतील आहे का?	
२६	जानेवारी २००१ पासून कर्मचाऱ्याने घेतलेल्या प्रतीपुर्तीचा सविस्तर तपशील	
२७	प्रस्तावासोबतच सादर केलेल्या कागदपत्रांची यादी	
२८	इतर माहिती	
२९	विशेषबाब म्हणून प्रकरणाचा विचार करावयाचा असल्यास त्याबाबतचे ठोस समर्थन	
३०	प्राचार्याची शिफारस	

शासकीय कर्मचाऱ्याची सही  
नाव व पदनाम

वरील माहिती तपासली असून ती सत्य असल्याबाबत माझी खात्री आहे. कार्यालयात असणाऱ्या अभिलेखाशी तुलना करून ती योग्य आहे.

## परिशिष्ट - एक

कर्मचारी आणि त्यांचे कुटुंबीय यांची वैद्यकीय देखभाल आणि / किंवा उपचार यांच्या संबंधात करण्यात आलेल्या वैद्यकीय खर्चाच्या परताव्याची मागणी करण्याकरिता करावयाच्या अर्जाचा नमुना

टीप - प्रत्येक रुग्णाकरिता स्वतंत्र नमुना वापरावा.

१. शासकीय कर्मचार्याचे नाव व पदनाम (ठळक अक्षरात) :
२. कर्मचारी ज्या कार्यालयात नोकरीत आहे त्या कार्यालयाचे नाव :
३. वित्तीय नियमान्वये व्याख्या केल्याप्रमाणे कर्मचार्याचे वेतन व इतर वित्तलब्धी स्वतंत्रपणे दर्शविण्यात याव्यात. :
४. कामाचे ठिकाण :
५. प्रत्यक्ष निवास स्थानाचा पत्ता :
६. रुग्णाचे नाव आणि शासकिय कर्मचार्याचे त्याचे /तिचे नाते (टीप - मुलाच्या बाबतीत वय सुद्धा नमूद करावे.) :
७. ज्या ठिकाणी रुग्ण आजारी झाला असेल ते ठिकाण :
८. आजाराचे स्वरूप व कालावधी :
९. मागणी केलेल्या रक्कमेचा तपशील , वैद्यकीय अधिकारी देखभाल -  
[ एक ] रोग लक्षणासाठी सल्ला देण्याची फी द्यावी.  
(अ) ज्या वैद्यकीय अधिकाऱ्याचा सल्ला घेतला असेल त्याचे नाव, पदनाम आणि ज्या रुग्णालयाशी किंवा दवाखान्याशी तो संबंधित असेल त्या रुग्णालयाचे, दवाखान्याचे नाव :  
(ब) किती वेळा सल्ला घेण्यात आला ती संख्या आणि त्याच्या तारखा आणि प्रत्येक सल्ल्यासाठी देलेली फी :  
(क) रुग्णालयाच्या वैद्यकीय अधिकाऱ्याच्या रोगचिकित्सा कक्षात ( कन्सल्टिंग रूम ) सल्ला घेण्यात आला ते नमूद करावे. :

- [ दोन ] रोग निदान करताना करणायत आलेल्या विकृती :  
चिकित्सा विषयक, अनुजीव शास्त्रीय, क्ष- किरण  
शास्त्रीय किंवा इतर तत्सम चाचण्यासाठी  
आकारण्यात आलेली फी, त्यामध्ये पुढील गोष्टी  
नमूद कराव्यात.
- (अ) ज्या रुग्णालयात किंवा प्रयोगशाळेत चाचण्या :  
घेण्यात आल्या होत्या त्या रुग्णालयाचे किंवा  
प्रयोगशाळेचे नाव
- (ब) प्राधिकृत वैद्यकीय देखभाल अधिकाऱ्याच्या :  
सल्ल्याने चाचणी घेण्यात आली होती किंवा घेण्यात  
आली असेल तर तशा अर्थाचे प्रमाणपत्र सोबत  
जोडावे.
- [ तीन ] बाजारातून खरेदी केलेल्या औषधांचा खर्च :  
(औषधांची सूची व रोखीच्या पावत्या जोडण्यात  
याव्यात, विशेषतज्ञाला किंवा प्राधिकृत वैद्यकीय  
देखभाल अधिकाऱ्याव्यतिरिक्त एखाद्या अन्य  
वैद्यकीय अधिकाऱ्याला देण्यात आलेली फी,  
त्यामध्ये पुढील गोष्टीदर्शविण्यात याव्यात.)
- ( अ ) ज्याचा सल्ला घेतला असेल त्या विशेषतज्ञाचे :  
नाव, पदनाम व तो ज्या रुग्णालयाशी  
दवाखान्याशी तो संबंधित असेल त्या  
रुग्णालयाचे, दवाखान्याचे नाव
- ( ब ) किती वेळा सल्ला घेण्यात आला ती संख्या :  
व जेव्हा सल्ला घेण्यात आला ती तारीख व  
प्रत्येक सल्ल्यासाठी आकारण्यात आलेली फी.
- ( क ) सल्ला रुग्णालयात किंवा विशेषज्ञाच्या किंवा :  
वैद्यकीय अधिकाऱ्यांच्या रोगचिकित्सा कक्षात  
(कन्सल्टिंग रूम) किंवा रुग्णालयाच्या निवासस्थानी  
घेण्यात आला होता किंवा कसे ?
- ( ड ) त्या प्रांताच्या मुख्य प्रशासकीय वैद्यकीय :  
अधिकाऱ्याच्या पूर्वमान्यतेने व सल्ल्याने  
विशेषतज्ञाचा किंवा वैद्यकीय अधिकाऱ्याचा सल्ला  
घेण्यात आला असेल तर तशा अर्थाचे प्रमाणपत्र .

१०. मागणी केलेली एकूण रक्कम. :

११. सहपात्रांची यादी. :

१२. कुटुंबातील व्यक्तींची संख्या म्हणजेच १६ ऑगस्ट १९६८ रोजी आणि त्यानंतर जिवंत असलेली मूले (नाव व जन्मतारखा नमूद कराव्यात. तीन किंवा तीनपेक्षा अधिक मुले असल्यास संतती नियमन प्रमाणपत्र जोडावे.) :

---

### शासकीय कर्मचाऱ्याने सही करून द्यावयाचे प्रतिज्ञापत्र

मी, याद्वारे जाहीर करतो / करते की, या अर्जामध्ये केलेली निवेदने माझ्या संपूर्ण माहितीप्रमाणे व विश्वासा-प्रमाणे खरी असून ज्या व्यक्तीवर खर्च करण्यात आला ती व्यक्ती पूर्णपणे माझ्यावर अवलंबून आहे.

शासकीय कर्मचाऱ्याची सही, कर्मचारी ज्या कार्यालयाशी संबंधित आहे त्या कार्यालयाचे नाव भ्रमणध्वनी क्र.

## परिशिष्ट - दोन

क्रमांक शासन निर्णय, सार्वजनिक आरोग्य विभाग क्रमांक एमएजी/१०८४/११६/पीएच -९ए, दिनांक २१/७/८४

### प्रमाणपत्र - अ

----- येथे नोकरीस असलेल्या श्री / श्रीमती-----  
----- यांची आई / यांचे वडील/ बहिण असलेल्या/असलेले श्री/ श्रीमती/ कुमार/कुमारी  
-----यांना पुढीलप्रमाणे प्रमाणपत्र देण्यात येत आहे.

**( उपचाराकरिता रुग्णालयात दाखल करण्यात न आलेल्या रुग्णाच्या बाबतीत द्यावयाचे )**

मी, डॉ -----याद्वारे असे प्रमाणित करतो की, (अ)  
या रुग्णावर ----- रुग्णालयात/ माझ्या रोगचिकित्सा  
कक्षात ( कन्सल्टिंग रूम ) उपचार करण्यात आले होते. आणि रुग्णास बरे वाटण्याकरिता / त्याची स्थिती अधिक  
खलु नये याकरिता या बाबतीत मी लिहून दिलेली, खाली उल्लेखलेली औषधे अत्यावश्यक होती. विहित केलेली  
औषधे हि शासन निर्णय क्रमांक एमएजी -१०६८/ ६०११ ( ए ), दिनांक ११ फेब्रुवारी १९७१, एमएजी - १०६८/ ६०५११  
/ ( ए)- पी, दिनांक २९ एप्रिल १९७२ आणि शासन निर्णय क्र. एमएजी १०७२/ एस , दिनांक २४ सप्टेंबर १९७३, या  
अन्वये ( वैद्यकीय खर्चाची ) प्रतिपूर्ती मिळण्याजोग्या औषधांच्या प्रवर्गात समाविष्ट करण्यात आली असून ती रुग्णांना  
पुरवठा करण्याकरिता ----- ( रुग्णालयाचे नाव ) या  
रुग्णालयाच्या साठ्यात नाहीत व त्यामध्ये ज्यांच्याकरिता समान उपचारशास्त्रीय मुल्य असणारे (रोगनिवारण  
करण्याची तितकीची क्षमता असणारे ) अधिक स्वस्त पदार्थ उपलब्ध आहेत अशे दुकानातच तयार करून  
मिळणाऱ्या औषधांचा तसेच मूलतः अन्नपदार्थ, शक्तिवर्धक (टॉनिक्स ) किंवा जंतुनाशके यांचा समावेश होत नाही.

अनुक्रमांक	औषधांचे / उपयंत्राचे नाव व त्यांचा प्रवर्ग दिनांक	दररोजचे प्रमाण	एकूण आवश्यक असलेले प्रमाण
१	२	३	४

ब ) रुग्णास -----हा आजार असून /होता व  
-----पासून -----पर्यंत मी त्याचावर / तिच्यावर उपचार करीत आहे/ होतो.

क ) रुग्णावर प्रसूतीपूर्व / प्रसूतीनंतर उपचार करण्यात आले नाहीत / आले नव्हते.

ड ) क्ष – किरण चाचण्या, प्रयोगशाळा चाचण्या इत्यादी करिता रुपये -----इतका खर्च करण्यात आला व तो करणे आवश्यक होते व माझ्या सल्ल्यावरून -----  
( रुग्णालयाचे किंवा प्रयोगशाळेचे नाव ) येथे चाचण्या करण्यात आल्या.

इ ) रुग्णास रुग्णालयात दाखल करणे आवश्यक नाही/ नव्हते.

ठिकाण -  
दिनांक -

वैद्यकीय अधिकाऱ्याचे नाव, सही व पदनाम,  
( अधिकारी ) ज्या रुग्णालयाशी / दवाखाना इत्यादीशी  
संबंधित असलेल्या रुग्णालयाचे / दवाखान्याचे नाव व शिक्का

# परिशिष्ट - तीन

## प्रमाणपत्र - ब

----- येथे नोकरीस असलेल्या व श्री / श्रीमती/ -----  
-----यांची आई / यांचे वडील/ बहिण असलेल्या/ असलेले श्री/ श्रीमती/ कुमार/कुमारी  
-----यांना पुढीलप्रमाणे प्रमाणपत्र देण्यात येत आहे.

### प्रमाणपत्र - ब

( उपचाराकरिता रुग्णालयात दाखल करण्यात आलेल्या रुग्णाच्या बाबतीत द्यावयाचे )

मी, डॉ -----याद्वारे असे प्रमाणित करतो की, (अ)  
ह्या रुग्णास माझ्या/ डॉ----- ( वैद्यकीय अधिकाऱ्याचे नाव व पदनाम )

यांच्या सल्ल्यावरून रुग्णालयात दाखल करण्यात आले होते.

(ब) हा रुग्ण -----येथे उपचार घेत असून रुग्णास बरे वाटण्याकरिता / त्याची स्थिती अधिक खलु नये याकरिता याबाबतीत मी लिहून दिलेली, खाली उल्लेखलेली औषधे अत्यावश्यक होती. विहित केलेली औषधे हि या प्रमाणपत्रा सोबत जोडलेल्या जोडपत्र एक/ जोडपत्र दोन तीनच्या शासन निर्णय क्रमांक एमएस - १०६८/ ६०५११ / ( ए )- पी, दिनांक ११ फेब्रुवारी १९७१ आणि शासन निर्णय क्र. एमएजी १०७२/६००७२-एस, दिनांक २९ एप्रिल १९७२ व शासन निर्णय क्र, एमएजी १०७२ -६००७२ -एस दिनांक २४ सप्टेंबर १९७३ मध्ये औषधांच्या प्रवर्गात समाविष्ट करण्यात आली असून ती रुग्णांना पुरवठा करण्याकरिता ---  
----- ( रुग्णालयाचे नाव ) या रुग्णालयाच्या साठ्यात हि औषधे उपलब्ध नाहीत व त्यामध्ये ज्यांच्याकरिता समान उपचारशास्त्रीय मुल्य असणारे (रोगनिवारण करण्याची तितकीची क्षमता असणारे ) अधिक स्वस्त पदार्थ उपलब्ध आहेत अशा दुकानातच तयार करून मिळणाऱ्या औषधांचा तसेच मूलतः अन्नपदार्थ, शक्तिवर्धक ( टॉनिक्स ) किंवा जंतुनाशक यांचा समावेश होत नाही.

अनुक्रमांक	औषधांचे / उपयंत्राचे नाव व त्यांचा प्रवर्ग दिनांक	दररोजचे प्रमाण	एकूण आवश्यक असलेले प्रमाण
१	२	३	४
१			
२			
३			
४			
५			

क) रुग्णास -----हा आजार असून /होता व  
-----पासून -----पर्यंत मी त्यांच्यावर / तिच्यावर उपचार करीत आहे/ होतो.

ड) क्ष - किरण चाचण्या, प्रयोगशाळा चाचण्या इत्यादी करिता रुपये -----इतका खर्च करण्यात आला व तो करणे आवश्यक होते व माझ्या सल्ल्यावरून -----  
( रुग्णालयाचे किंवा प्रयोगशाळेचे नाव ) येथे चाचण्या करण्यात आल्या.

ठिकाण -  
दिनांक -

वैद्यकीय अधिकाऱ्याचे नाव, सही व पदनाम,  
( अधिकारी ) ज्या रुग्णालयाशी / दवाखाना इत्यादीशी  
संबंधित असलेल्या रुग्णालयाचे / दवाखान्याचे नाव व शिक्का



परिशिष्ट – चार  
प्रमाणपत्र – क

याद्वारे असे प्रमाणित करण्यात येते कि, -----येथे  
-----या पदावर नोकरीस असलेल्या व -----  
या पत्यावर राहणाऱ्या श्री/ श्रीमती -----यांची/यांचा, पत्नी/पती मुलगा/  
मुलगी/वडील/आई/भाऊ/बहिण श्री./ श्रीमती -----यांच्यावर /  
हिच्यावर दिनांक -----पासून -----पर्यंत तातडीने उपचार करण्याची गरज  
असलेला रुग्ण म्हणून -----यांनी पुढील उपचार केले होते.

पुढील तक्रारी करिता :-----  
-----

दिसून आलेले प्रमुख लक्षण :-----  
-----

आवश्यक ती तातडीची तपासणी व तिचे निष्कर्ष :-----  
-----

रोगनिदान :-----  
-----

उपचाराकरिता झालेला एकूण खर्च ( जोडपत्र – ड )-----इतका होता व त्याचा  
तपशील नमुना 'ड' मध्ये देण्यात आला आहे. याद्वारे असे प्रमाणित करण्यात येते की, तातडीच्या उपचारानंतर  
रुग्णाला पुढील उपचाराकरिता प्राधिकृत वैद्यकीय देखभाल अधिकाऱ्यास भेटण्याचा सल्ला देण्यात आला होता.

दिनांक: स्वाक्षरी -

डॉक्टरांचे नाव -

ठिकाण - नोंदणी क्रमांक -

रुग्णालयाचे नाव -

**परिशिष्ट – पाच**  
**प्रमाणपत्र – ड**

खाजगी रुग्णालयातील तातडीचे उपचार करण्यात आलेल्या  
शासकीय कर्मचाऱ्याचेकरिता करण्यात आलेल्या खर्चाचे (तपशीलवार ) प्रमाणपत्र

**( उपचार करणाऱ्या डॉक्टरने भरावयाचे व जोडपत्र क ला जोडावयाचे )**

रुग्णालयाचे नाव :

रुग्णालयात दाखल केल्याची तारीख :

रुग्णालयातून घरी पाठविल्याची तारीख :

रुग्णालयाचा नोंदणी क्रमांक :

[ अ ] १. सल्ला

२. दररोज रुपये -----या दराने :  
दिनांक -----पासून -----  
पर्यंत एकूण -----दिवसांचा रुग्णालयात  
ठेवल्याचा खर्च.

३. शस्त्रक्रियेवरील खर्च :

४. शस्त्रक्रियागारात केलेला खर्च :

५. बधिरीकरणावरील खर्च :

६. दिलेल्या भेटी (व्हिजिट्स) :

( अ ) प्रत्येक भेटीसाठी ( व्हिजिट ) रुपये ----- :  
या प्रमाणे नेहमीच्या भेटींची संख्या.

( ब ) प्रत्येक भेटीसाठी (व्हिजिट ) रुपये ----- :  
प्रमाणे विशेष भेटीसाठी रुग्णाला -----  
या डॉक्टरांकडे जितक्या वेळा पाठवले ती  
संख्या -----डॉक्टर -----  
-----यांचाकडे दर भेटीसाठी  
(व्हिजिटला)रुपये या दराने जितक्या वेळा  
पाठवले ती संख्या.

७. दररोज रुपये -----या दराने :  
-----दिवस इन्क्युबेटरचा वापर केला.

८. प्रतिदिन रुपये -----या दराने ----- :

९. तपासण्या (अ) विकृतीचिकित्सा :  
( पॅथॉलॉजी)प्रयोगशाळा.

( ब ) क्ष- किरणे छायाचित्रे :

(क) प्रत्येक छतसंद विद्युत- :  
लेखासाठी ( ईसीजी ) रुपये  
-----प्रमाणे

(ड) इतर :

[ ब ] औषधे -

अ. क्र	औषधाचे नाव	औषधाची किंमत (रुपये पैसे)
	----- ----- -----	
	एकूण = एकूण बेरीज (अ + ब) =	

ठिकाण -  
दिनांक -

वैद्यकीय अधिकाऱ्याचे नाव, सही व पदनाम,  
( अधिकारी ) ज्या रुग्णालयाशी / दवाखाना इत्यादीशी  
संबंधित असलेल्या रुग्णालयाचे / दवाखान्याचे नाव व शिक्का



## रुग्णालयातील वास्तव्याचे प्रमाणपत्र

श्री. / सौ.-----यांच्या नाते -----

कु. / श्री. / श्रीमती -----वय -----वर्षे ह्यांनी

दि -----ते दिनांक -----ह्या कालावधीत -----

या रुग्णालयात खालीलप्रमाणे नमूद केलेल्या कक्षात दाखल असून औषधोपचार घेतला आहे.

अ.क्र.	वार्ड	दर	दिवस	एकूण रुपये
१	जनरल वार्ड ( सामान्य कक्ष )			
२	जनरल वार्डच्या बाजूला बाथरूम नसलेला खर्च			
३	बाथरूमसह स्वतंत्र कक्ष			
४	बाथरूमसह डबल बेडचा कक्ष			
५	बाथरूमसह वातानुकूलित कक्ष			
६	अतिदक्षता कक्ष ( आय.सी. यु.)			

ठिकाण -  
दिनांक -

वैद्यकीय अधिकाऱ्याचे नाव, सही व पदनाम,  
( अधिकारी ) ज्या रुग्णालयाशी / दवाखाना इत्यादीशी  
संबंधित असलेल्या रुग्णालयाचे / दवाखान्याचे नाव व शिक्का

## Nursing Certificate / विशेष परिचर्या प्रमाणपत्र

प्रमाणित करण्यात येते की, -----हे / ह्या डॉ.-----  
-----यांचे -----येथील दवाखान्यात  
दिनांक -----ते दि.-----पर्यंत भरती होते/ होत्या. या कालावधीत शस्त्रक्रिया करण्यात आलेली  
असून महाराष्ट्र राज्य सेवा वैद्यकीय देयक नियम १९६१ नियम २ ( ७-इ ) नुसार नर्सिंग ( परिचर्या ) आवश्यक  
असल्याचे सक्षम वैद्यकीय प्राधिकाऱ्याचे प्रमाणपत्र देयकासोबत जोडणे आवश्यक असल्याने सदर प्रमाणपत्र  
देण्यात येत आहे.

वैद्यकीय अधिकाऱ्याची स्वाक्षरी  
व रुग्णालयाचा शिक्का

## प्रमाणपत्र

असे प्रमाणित करण्यात येते की, -----हे/ह्या

गंभीररीत्या आजारी असल्या कारणाने त्यांना अतितात्काळ रित्या रुग्णालयात दाखल करण्यात आले होते.

दिनांक:

स्वाक्षरी -

डॉक्टरांचे नाव -

ठिकाण -

नोंदणी क्रमांक -

रुग्णालयाचे नाव व शिक्का -

## प्रमाणपत्र

असे प्रमाणित करण्यात येते की, ----- यांना

या अतितात्काळ रित्या दाखल केले असता , त्यांना दिलेल्या औषधांमध्ये मद्यार्क, अल्कोहोल , टॉनिक अथवा

प्राथमिक अन्न घटक या औषधांचा समावेश केलेला नाही.

दिनांक:

स्वाक्षरी -

डॉक्टरांचे नाव -

ठिकाण -

नोंदणी क्रमांक -

रुग्णालयाचे नाव व शिक्का -



## प्रमाणपत्र

असे प्रमाणित करण्यात येते की, -----यांना

या रुग्णालयात अतितात्काळरित्या दाखल केले असता, त्याच्या शस्त्रक्रीयेकारिता / उपचाराकरिता अत्यावश्यक असलेली साधने व उपकरणे त्यांच्याकरिता आवश्यक होती. व ती त्यांनाच वापरली असून त्याचा पुन्हा उपयोग केला जात नाही अथवा होतही नाही.

दिनांक:

स्वाक्षरी -

डॉक्टरांचे नाव -

ठिकाण -

नोंदणी क्रमांक -

रुग्णालयाचे नाव व शिक्का -

## कुटुंब मर्यादा प्रमाणपत्र / कुटुंबाचा तपशील

श्री. / सौ. -----हुद्दा-----

असे प्रमाणित करतो की, कु./श्री. / श्रीमती -----वय-----

वर्षे नाते-----ही / हे कोणत्याही केंद्र / राज्य / निमशासकीय अगर जेथे वैद्यकीय खर्च प्रतीपुर्तीच्या सोयी सवलती उपलब्ध आहेत. अशा कोणत्याही प्राधिकरणाच्या सेवेत कार्यरत नाही व पूर्णपणे माझेवरच अवलंबून असून इतरत्र कोठेही नोकरी करित नाहीत वा सेवानिवृत्त वेतन घेत नाहीत.

अ.क्र	कुटुंबातील व्यक्तीचे नाव	जन्म दिनांक	नाते	वय	व्यवसाय
१					
२					
३					
४					
५					
६					

कर्मचाऱ्याची सही.

नाव -

पदनाम -

कार्यालय -

वरील माहिती मी तपासली असून ती सत्य असल्याबाबत माझी खात्री आहे. कार्यालयात असणाऱ्या अभिलेखाशी तुलना करून ती योग्य आहे.

कार्यालय प्रमुख  
(सही व शिक्का)

# अवलंबिता प्रमाणपत्र

( जोडीदाराव्यतिरिक्त इतर पात्र नातेवाईकांसाठी )

मी ----- हुद्दा -----  
लिहून देतो की, श्री. ----- वय ----- वर्षे नाते -----  
हे सर्वस्वी माझ्यावर अवलंबून आहे. ते कोणत्याही शासकीय अथवा निमशासकीय किंवा खाजगी कंपनीत नोकरीस  
नव्हते व ते कोणत्याही प्रकारे निवृत्ती वेतन घेत नाही. तसेच कोणताही वैद्यकीय प्रतिपूर्ती खर्च कोणत्याही प्रकारे घेत  
नव्हते अथवा घेत नाही.

आपला विश्वासू,

( कर्मचार्याचे नाव )

पदनाम -

कार्यालय -

# अवलंबिता प्रमाणपत्र

( जोडीदारासाठी )

मी ----- हुद्दा -----  
लिहून देतो/ देते की, श्रीमती / श्री. -----वय -----वर्षे नाते  
----- पती/ पत्नी ह्या/ हे सर्वस्वी माझ्यावर अवलंबून आहे. ती / ते कोणत्याही शासकीय अथवा  
निमशासकीय किंवा खाजगी कंपनीत नोकरीस नव्हते/ नव्हती व तीस / त्यास कोणत्याही प्रकारे निवृत्ती वेतन घेत  
नाही. तसेच कोणताही वैद्यकीय प्रतिपूर्ती खर्च कोणत्याही प्रकारे घेत नव्हती /नव्हते अथवा घेत नाही.

सही -

कर्मचाऱ्याचे नाव -

पदनाम -

कार्यालय -

# प्रतिपूतीच्या दाव्याचे प्रमाणपत्र

( पती/ पत्नी/ आई/वडील/ सासू/ सासरे/मुलगा/मुलगी सेवेत असल्यास )

मी, श्री./ श्रीमती -----याद्वारे असे  
कळवितो / ते की, माझे / माझी पती / पत्नी श्री. / श्रीमती -----  
-----हे -----या कार्यालयात सेवेत असून सदर वैद्यकीय खर्चाच्या  
प्रतीपुतीचा दावा त्यांनी त्यांच्या कार्यालयाकडे केलेला नाही. ( सोबत त्या कार्यालयाचे प्रमाणपत्र जोडले आहे )

सही -

कर्मचाऱ्याचे नाव -

पदनाम -

कार्यालय -

## कुटुंब प्रमाणपत्र

कार्यालयाचे नाव –

१. प्रमाणित करण्यात येते की, श्री. / सौ.-----यांना  
१५-०८-१९८६ पूर्वी -----मुले – मुली व १५-०८-१९६८ नंतर -----मुले-मुली आहेत.
२. कर्मचाऱ्यांना देण्यात येणाऱ्या वैद्यकीय खर्च प्रतिपूर्ती सवलत संबंधातील नियमानुसार अनुज्ञेय असलेल्या सवलती मिळण्यास ते पत्र आहेत/ नाहीत.
३. संतती नियमन शस्त्रक्रिया दि.-----रोजी करण्यात आलेली असून सोबत प्रमाणपत्र जोडले आहे.

सही -

कर्मचाऱ्याचे नाव -

पदनाम –

कार्यालय

## खर्चाचे प्रमाणपत्र

कर्मचाऱ्याचे नाव -----हुद्दा -----संस्थेचे

नाव -----रुग्णाचे नाव -----

-----वय-----वर्षे नाते -----सत्य प्रतिज्ञेवर प्रमाणित करतो / करते की, -----

-----हे माझेवर अवलंबून असून त्यांच्या आजारपाणासाठीचा

औषधोपचाराचा व हॉस्पिटलचा सर्व खर्च मी स्वतः केला आहे.

सही -

कर्मचाऱ्याचे नाव -

पदनाम -

कार्यालय

## पती / पत्नी /आई / वडील सेवत असल्याबाबत / नसल्याबाबतचा दाखला

मी. श्री./श्रीमती -----सत्य प्रतिज्ञेवर प्रमाणित करतो /करते  
की , माझे कुटुंबात मी एकटाच / एकटीच -----या  
कार्यालयामध्ये-----या पदावर सेवेत आहे.

माझे /माझी पती / पत्नी/ आई / वडील / श्री. / सौ. -----  
हे/ही कोणत्याही खाजगी / निमशासकीय / शासकीय विभागात सेवेत आहे / नाही. अथवा निवृत्ती वेतन धारक व  
कुटुंबनिवृत्ती वेतनधारक आहेत / नाहीत./ तसेच त्यांना कोणताही वैद्यकीय भत्ता / वैद्यकीय प्रतिपूर्ती मिळत नाही.

ती / ते या कार्यालयामध्ये -----या -----  
पदावर सेवेत आहेत.

सही -

कर्मचाऱ्याचे नाव -

पदनाम -

कार्यालय



## हमी पत्र

मी -----सत्य प्रतिशेवर लिहून देतो / देते  
की , सदरचे वैद्यकीय प्रतिपूर्ती संबंधातील बिल लेखा परीक्षणात नामंजूर करण्यात आल्यास वसुलीच्या रक्कमेची  
एक रकमी भरपाई करून देईन.

तसेच मी ह्या दाव्यात मागणी केलेल्या रकमेसाठी कोणत्याही खाजगी अथवा शासकीय विमा कंपनीकडे  
दावा दाखल केलेला नाही वा करणार नाही.

ठिकाण -  
दिनांक -

सही -  
कर्मचाऱ्याचे नाव -  
पदनाम -  
कार्यालय

## महिला कर्मचारी / अधिकाऱ्यांसाठी प्रमाणपत्र

वैयद्यकीय देखभाल नियम १९६१ नियम ३ (३) अन्वये मी,-----

पदनाम -----प्रमाणित करतो की, माझी आई / सासू – माझे वडील / सासरे हे सर्वस्वी माझेवर अवलंबून असून ते माझ्याबरोबर राहत आहे. तसेच मी माझ्या कुटुंबामध्ये माझ्या सासू- सासऱ्यांच्या ऐवजी आई- वडिलांची / आई-वडिलांच्या ऐवजी सासू- सासऱ्यांची निवड केली आहे. सदर विकल्पाची माझ्या सेवापुस्तकातील नोंदीची साक्षांकित प्रत सदर प्रमाणपत्रासोबत जोडण्यात येत आहे.

ठिकाण -

दिनांक -

सही -

कर्मचाऱ्याचे नाव -

पदनाम -

कार्यालय

## तातडीने उपचार घेतलेबाबतचा खुलासा

मी ----- , पदनाम ----- याद्वारे असे कळवितो  
की, माझी / माझे / पती / पत्नी / आई / वडील / श्री / श्रीमती /----- हिला/  
यांना -----हा त्रास होऊ लागल्याने तातडीने उपचार होणे गरजेचे होते म्हणून  
मी /आम्ही / कुटुंबीयांनी ----- येथे उपचारार्थ दाखल केले.

ठिकाण -  
दिनांक -

सही -  
कर्मचाऱ्याचे नाव -  
पदनाम -  
कार्यालय

## नर्सिंग चार्जेस आवश्यक असल्याचे प्रमाणपत्र

प्रमाणित करण्यात येते की, श्री/श्रीमती ----- यांना -  
-----येथे दि.----- ते दि.----- या कालावधीत दाखल  
करण्यात आले होते. सदर कालावधीत त्यांना आंतररुग्ण म्हणून दवाखान्यात ठेऊन त्याच्यावर उपचार करणे  
आवश्यक होते. तसेच त्यांना नर्सिंग सेवा पुरविणे आवश्यक होते. करिता नर्सिंग सेवा पुरविण्यात आल्याचे प्रमाणपत्र  
देण्यात येत आहे .

दिनांक:

स्वाक्षरी -

डॉक्टरांचे नाव -

ठिकाण -

नोंदणी क्रमांक -

रुग्णालयाचे नाव व शिक्का -

**शासकीय रुग्णालयात औषधोपचार न घेण्याबाबतचे  
शासकीय कर्मचाऱ्यांचे स्पष्टीकरण**

---

मी श्री/ श्रीमती -----पदनाम -----  
कार्यालयाचे नाव ----- प्रतिज्ञापूरवक खुलासा करतो की, दिनांक-  
-----रोजी माझे/माझी/माझा/ ----- यांना -----  
-----त्रास होऊ लागल्याने त्यांच्यावरतातडीने औषधोपचार उपचार करणे गरजेचे होते.  
म्हणून मी / कुटुंबीय/यांनी / स्वतः/ त्यांना ----- येथे उपचारार्थ दाखल  
केले. तरी कृपया माझा वैद्यकीय प्रतिपूर्तीचा प्रस्ताव मंजूर करण्यात यावा ही नम्र विनंती.

ठिकाण -	सही -
दिनांक -	कर्मचाऱ्याचे नाव -
	पदनाम -
	कार्यालय

---

प्रमाणित करण्यात येते की, वरील शासकीय/निमशासकीय/खाजगी रुग्णालयात औषधोपचार न घेतले बाबतचे स्पष्टीकरणावर श्री/श्रीमती -----पदनाम-----कार्यालयाचे नाव -----यांनी माझे समोर स्वाक्षरी केली आहे.

ठिकाण-  
दिनांक-

