**केंद्र सरकार स्वास्थ्य योजना**

**सी.जी.एच.एस. लाभार्थियों के चिकित्सा दावों की प्रतिपूर्ति हेतु चिकित्सा 2024 फॉर्म**

**CENTRAL GOVERNMENT HEALTH SCHEME**

**MEDICAL 2024 FORM FOR REIMBUREMENT OF**

**MEDICAL CLAIMS OF CGHS BENEFICIARIES.**

\*\*\*

**(दावेदार द्वारा भरे जाने हेतु /** To be filled by the claimant**)**

1. **सी.जी.एच.एस. टोकन सं. व जारी करने का स्थान /** CGHS Token No. and Place of issue:

2. **सी.जी.एच.एस. टोकन कार्ड की वैधता व हकदारी**

Validity of CGHS Token Card : से/ from……………… तक / to……………

& entitlement : निजी / Pvt. /अर्ध-निजी / Semi Pvt. /सामान्य / General

3. कार्ड धारक का पूरा नाम (बड़े अक्षरों में)Full name of the card holder (Block Letters) :

4. पूरा पता/ Full address :

5. टेलीफोन सं/Telephone no. (कार्या/O)………………… (आवास/ R) …………………..

6. ई-मेल पता, यदि हो / E-mail address if, any.

7. बैंक का नाम /Name of the Bank शाखा/Branch एस.बी. लेखा /**SB A/C-**

**आई.एफ.एस.सी/IFSC-**

शाखा एम.आई.सी.आर. कूट/Branch MICR Code ………………..

बैंक शाखा का टेलीफोन सं/ Tel. No. of Bank Branch………………..

8. रोगी का नाम व कार्ड धारक के साथ संबंध

Name of the patient & relationship

with the card holder :

9. स्थिति /Status चिन्हित करें/tick (-/) (सरकारी कर्मचारी/ पेंशनधारी/स्वायत्त निकाय के सेवारत कर्मचारी अथवा पेंशन धारी/संसद के सदस्य /पूर्व-राज्यपाल/उच्चतम न्यायालय के पूर्व न्यायाधीश/स्वतंत्रता सैनानी/कानूनी उत्तराधिकारी/अन्य)

Govt. Servant/Pensioner/Serving employee or pensioner of

autonomous body/Member of Parliament/Ex-M.P./Ex-Governor/Former Judge of

Supreme Court/Former Judge of High Court/Freedom Fighter/Legal Heir/others)

जारी पृ/2

-2-

10. मूल वेतन/ मूल पेंशन / Basic Pay/Basic Pension :

11. अस्पताल का नाम, पते के साथ / Name of the Hospital with Address:

(a) बाह्य रोगी विभाग चिकित्सा व जांच/OPD treatment and investigations. :

(b) अंतर्वासी चिकित्सा / Indoor Treatment.

12. भर्ती की तारीख / Date of admission…………………….. मुक्ति की तारीख /Date of discharge…………………. (केवल अंतर्वासी चिकित्सा के मामलों के लिए /In case of

Indoor Treatment only)

13. दावे की कुल राशि / Total amount Claimed

(a) बाह्य रोगी विभाग चिकित्सा /OPD Treatment./जांच/Investigations : रु/**Rs.**

(b) अंतर्वासी चिकित्सा / Indoor Treatment.

14. अनुमति का ब्यौरा/Details of Permission : आवश्यक नहीं/Not required

15. चिकित्सा अग्रिम का ब्यौरा, यदि हो/Details of Medical advance if, any: शून्य / NIL

**घोषणा / DECLARATION**

मैं एतद्द्वारा घोषणा करता/करती हूं कि आवेदन में दिया गया बयान मेरी सर्वोत्तम जानकारी और विश्वास के अनुसार सत्य है और जिस व्यक्ति के लिए चिकित्सा व्यय किया गया है वह पूरी तरह से मुझ पर निर्भर है। मैं एक सीजीएचएस लाभार्थी हूं और इलाज के समय सीजीएचएस कार्ड वैध था। मैं नियमों के तहत स्वीकार्य प्रतिपूर्ति के लिए सहमत हूं।

I hereby declare that the statements made in the application are true to the best of my knowledge and belief and the person for whom medical expenses were incurred is wholly dependent on me. I am a CGHS beneficiary and the CGHS card was valid at the time of treatment. I agree for the reimbursement as is admissible under the rules.

दिनांक/Dated: सी.जी.एच.एस. कार्ड धारक के हस्ताक्षर

Signature of CGHS card holder