



भारतीय कृषि अनुसंधान परिषद
INDIAN COUNCIL OF AGRICULTURAL RESEARCH
 कृषि भवन, डॉ० राजेन्द्र प्रसाद मार्ग, नई दिल्ली-110 001
 Krishi Bhawan, Dr. Rajendra Prasad Road, New Delhi 110 001

रोकड़ अनुभाग- /Cash-I Section

उपचार कर रहे विशेषज्ञ द्वारा प्रमाणित अनिवार्यता प्रमाण-पत्र एवं व्यय का विवरण (दो प्रतियों में प्रस्तुत करा जाये)
Essentially Certificate-cum-statement of expenditure certified by treating specialist (to be submitted in duplicate)

(जो लागू नहीं होता उसे काट दें) (Strike out whichever is not applicable)

1. रोगी का नाम तथा कार्डधारक से उसका संबंध :-
 Name of the patient and relationship with the card holder :-
2. व्यय का विवरण / Details of expenditure :
 (क) बाह्य रोगी उपचार / OPD Treatment निदान / Diagnosis
- (i) अस्पताल का नाम / Name of the Hospital _____
- (ii) वाउचर की कुल संख्या / Total No. of vouchers : _____
- (iii) दावे की राशि / Amount claimed : _____
 (जहां आवश्यक हो वहां अलग से अनुबंध में प्रत्येक उपशीर्ष के लिए तिथि के साथ दुकानों के नाम तथा पते सहित अलग-अलग वाउचर की क्रम संख्या दर्शाएँ)।
 (indicate serial number of individual vouchers with name and address of the shops with date against each sub heading in a separate wherever required).

राशि/Amount admissible	दावे की राशि	स्वीकार्य
हेतु/for official use. (क) दवा / Medicine	Amount claimed	(कार्यालय उपयोग)
(ख) परामर्श शुल्क / Consultation Fees	_____	
(ग) प्रयोगशाला शुल्क / Laboratory Charges	_____	
(घ) प्रयोज्य सर्जल्स-सन्ड्रिज/Disposable Surgls-Sundries.	_____	
(ङ) विशेष यंत्र जैसे सुनने वाला यंत्र / कृत्रिम यंत्र आदि (उल्लेख करें)	_____	
(च) विविध / Miscellaneous	_____	
योग / Total		
(छ) अन्तरंग उपचार निदान / Indoor Treatment Diagnosis	_____	

(अन्तरंग उपचार की अवधि से संबंधित अस्पताल बिल तथा अन्य बाउचर का विवरण)
 (Details of Hospital Bill and other vouchers pertaining to the period of indoor treatment)

- (क) पता सहित अस्पताल का नाम :
 Name of the Hospital with address : _____
- (ख) बिल की अवधि/Period of Bill : From _____ से To _____ तक

(ग) दावे की राशि /Amount claimed

(जहां आवश्यक हो वहां अलग से अनुबंध में प्रत्येक उपशीर्ष के लिए तिथि के साथ दुकानों के नाम तथा पते सहित अलग-अलग बाउचर की क्रम संख्या दर्शाये) / (Indicate serial No. of individual vouchers with name and address of shops with date against each sub heading in a separate annexure wherever required).

राशि/Amount admissible	दावे की राशि Amount claimed	स्वीकार्य (कार्यालय उपयोग)
हेतु/for official use. (i) कमरे का किराया /Room Rent :- आईसीयू/आईसीसीयू/वार्ड /ICU/ICCU/WARD : FROM _____ से /To _____		
तक		
(ii) शुल्क / Charges for :		
(क) आपरेशन थियेटर /Operation Theatre :	_____	
(ख) आपरेशन थियेटर उपभोज्य /O.T. Consumables :	_____	
(ग) एनस्थिसिया /Anesthesia :	_____	
(घ) प्रक्रिया /Procedure :	_____	
(iii) दवाईयां /Medicines :	_____	
(iv) अन्तर्रोप जैसे पेसमेकर जाइन्ट रिप्लेसमेन्ट, कार्दियल स्लेंट आदि (ब्यौरा) Implants like pacemaker joint replacement, Coronary Slent etc. (Details).	_____	
(v) कृत्रिम यंत्र (ब्यौरा) /Artificial devices :	_____	
(vi) प्रयोगशाला शुल्क /Lab Charges :	_____	
(अनुबंध में विवरण दिया जाए) / (Break-up given in Annexure).		
(vii) विशेष नर्स/आया यदि कोई हो	_____	
Spl. Nurse/Aya, if any		
(viii) विविध / Miscellaneous :	_____	
कुल / TOTAL	_____	

दावेदार के हस्ताक्षर/Signature of Claimant _____

नाम बड़े अक्षरों में /Name in Block letters. _____

पता तथा दूरभाष यदि कोई हो /Address & Tele. No., if any _____

1. प्रमाणित किया जाता है कि संबद्ध बिल/वाउचर की मेरे द्वारा जांच कर ली गई है तथा उपरोक्त में दर्शाया गया व्यय सही है और दी गई उपचार सेवाएं अनिवार्य और न्यूनतम हैं जोकि रोगी के स्वास्थ्य लाभ के लिए आवश्यक थीं।

Certificate that the relevant bills/vouchers have been verified by me and the expenditure shown above is correct and the treatment services provided are essential and minimum that required for the recovery of the patient.

2. प्रमाणित किया जाता है कि विशेष नर्स/आया की सेवाएंसे रोगी के स्वास्थ्य लाभ के लिए अनिवार्य थी।

Certified that the services of special nurse/Ayah were required from _____ To _____ that were absolutely essential for the recovery of the patient.

3. विशिष्ट प्रक्रिया/किया गया आपरेशन _____ था।
Specific procedure/Operation performed was _____

उपचार करने वाले विशेषज्ञ के कार्यालय
मोहर सहित हस्ताक्षर
**Signature of the Treating Specialist
with official seal**

अस्पताल के चिकित्सा अधिकारी द्वारा मोहर सहित
प्रतिहस्ताक्षर (केवल दाखिल रोगी उपचार के लिए)
**Counter signed by Medical Superintendent of the
Hospital with seal (For Indoor treatment only).**