

**APPLICATION FOR
PERMISSION FOR GETTING TREATMENT / INVESTIGATIONS DONE FROM
CGHS RECOGNIZED PRIVATE HOSPITALS / DIAGNOSTIC CENTERS**

1. Name / Designation of the CGHS Card Holder : _____

2. CGHS Token Card No.^Ψ : _____
3. Basic Pay + Dearness Pay of the CGHS Card Holder : _____
4. Name of the Patient and relationship with the CGHS Card holder : _____
5. Name/Designation/Hospital of Doctor/Specialist who has advised the treatment / investigations* : _____

6. Name(s) of treatment / investigations required (in clear letters) : _____

7. Name & Address of CGHS recognized Hospital / Diagnostic Centre from where treatment / investigations are to be done : _____

Date :

Signature of Applicant
Designation.....

Estt. III Section, ICAR

^Ψ Please enclose a copy of valid CGHS Token Card.

* Please enclose a copy of the prescription slip bearing rubber stamp of the Doctor/Specialist. No application shall be entertained without proper rubber stamp of the Doctor/Specialist.

के. स. स्वा. यो. द्वारा मान्यता प्राप्त निजी अस्पतालों/डाइग्नोस्टिक केन्द्रों से
इलाज/जाँच करवाने हेतु अनुमति के लिए आवेदन-पत्र

1. के.स.स्वा.यो. कार्डधारक का नाम एवं पदनाम : _____
2. के.स. स्वा.यो. टोकन कार्ड संख्या^५ : _____
3. के.स. स्वा. यो. कार्डधारक का मूल वेतन + मंहगाई वेतन : _____
4. रोगी का नाम एवं के.स.स्वा.यो. कार्डधारक के साथ संबंध : _____
5. अस्पताल के डाक्टर / विशेषज्ञ का नाम/पदनाम जिसने इलाज / जांच की सलाह दी है * : _____
6. इलाज / जांच का नाम (साफ अक्षरों में) : _____
7. के.स.स्वा.यो. द्वारा मान्यता प्राप्त निजी अस्पताल / डाइग्नोस्टिक केन्द्र का नाम व पता जहां इलाज / जांच करानी है : _____

तिथि :

आवेदक के हस्ताक्षर
पदनाम

स्थापना - ।।। अनुभाग

^५ कृपया वैध के.स. स्वा. यो. टोकन कार्ड की प्रति अवश्य संलग्न करें ।

* डाक्टर/विशेषज्ञ के नाम/पदनाम सहित मोहर वाली पर्ची अवश्य संलग्न करें ।