

ओपीडी दवाइयों के लिए प्रतिपूर्ति दावा फार्म
REIMBURSEMENT CLAIM FORM FOR OPD MEDICINES
कोविड-19 के मद्देनजर विशेष स्वीकृति
SPECIAL SANCTION IN VIEW OF COVID -19

रेलवे बोर्ड का दिनांक 05.05.2020 का पत्र सं. 2020/एच-1/7/3 और उत्तर रेलवे, प्र.का., बड़ौदा हाउस का दिनांक 06.05.2020 का पत्र सं. 43-मेड/एच एंड एफ डब्ल्यू/हेल्थ एजुकेशन
Railway Board's letter No. 2020/H-1/7/3 dated 05.05.2020 & NRHQ/BH's letter No.43-Med/H&FW/Health Education, dated 06.05.2020

1. रेल कर्मचारी/सेवानिवृत्त कर्मचारी का नाम (साफ-साफ अक्षरों में).....
Name of the Railway/Retired Employee (In BLOCK Letters)
2. रेल कर्मचारी/सेवानिवृत्त कर्मचारी का पदनाम
Designation of the Railway/Retired Employee (In BLOCK Letters)
3. कार्यालय और नियुक्ति का स्टेशन
Office and Station of Employment
4. रेल कर्मचारी/सेवानिवृत्त कर्मचारी का ग्रेड पे सहित वेतन/अंतिम वेतन
Pay/Last Pay of the Railway/Retired Employee including Grade pay
निवास का पता
Residential address
फोन नं.
Phone No.
I. (क) चिकित्सा पहचान पत्र/आरईएलएचएस नं..... और जारीकर्ता प्राधिकारी.....
(a) Medical I. Card/RELHS No..... and Issuing Authority.....
(ख) यूएमआईडी आईडी नं.
(b) UMID ID No.
(ग) यूएमआईडी/चिकित्सा पहचान पत्र/आरईएलएचएस किस हेल्थ यूनिट/अस्पताल में पंजीकृत है
(c) UMID/Medical I. Card/RELHS registered at Health Unit/Hospital
II. (क) रोगी का नाम और आयु आयु वर्ष
(A) Name and age of the Patient Age Years
(ख) रेल कर्मचारी/सेवानिवृत्त रेल कर्मचारी के साथ रोगी का संबंध
(B) Patient's relationship to the Rly./Retd. Employee
III. दावाकर्ता द्वारा खरीदी गई दवाइयों और इलाज का विवरण
Details of Treatment & Medicine purchased by claimant : Enclose as Annexure
(क) दवाइयों के बिलों की कुल राशि
(a) Amount of Total Medicine bills
(ख) क्या इलाज रेलवे अस्पताल में करवाया गया था या रेलवे से इतर, यदि रेलवे से इतर अस्पताल में करवाया गया हो तो कृपया विवरण दें
(b) Whether Treatment was taken in at Rly. Establishment or Non-Rly,. If so give details :
.....
IV. कुल दावा राशि.....
Total Amount Claimed
V. प्रतिपूर्ति की राशि जिस बैंक खाते में अदा की जानी है उसका विवरण
Details of Bank Account where Reimbursement amount is to be paid:
(क) बैंक का नाम (ख) खाता सं.
(a) Name of Bank (b) Account No,
(ग) शाखा का एमआईसीआर कोड (घ) आईएफएससी कोड
(c) Branch MICR Code d) IFSC Code

Page 1/4

(ड) सेवारत कर्मचारियों/अधिकारियों के लिए :

(e) For working Staff/Officers

1. बिल यूनिट नं.

Bill Unit No.

2. भविष्य निधि खाता/एन.पी.एस. सं.

PF No./NPS No.

(च) सेवानिवृत्त कर्मचारियों/अधिकारियों के लिए :

(f) For Retd. staff/Officers

1. पीपीओ सं.
PPO No.

2. पैन नं.
PAN No.

VI. संलग्नकों की सूची (कृपया संलग्न किए गए दस्तावेज़ को टिक करें और अन्य का विवरण लिखें) :

List of enclosures (Please Tick the documents attached and write additional documents)

(क) चिकित्सा पहचान पत्र/आरईएलएचएस कार्ड/यूएमआईडी कार्ड की स्वसत्यापित प्रति।

A. Photocopy of Medical I. Card/RELHS Card/UMID Card duly self-attested.

(ख) घोषणापत्र प्रमाणपत्र।

B. Declaration Certificate.

(ग) मूल बिल और विधिवत् रूप से स्वसत्यापित डॉक्टर की पर्ची की प्रति।

C. Original Bills & Photocopy of prescription duly self-attested.

(घ) विधिवत् रूप से स्वसत्यापित दवाइयों के नकद वाउचर्स।

D. Original Cash Vouchers of Drugs duly self-attested.

(ड) ECS (ई.सी.एस.) फार्म संलग्न करें तथा अन्य कोई संलग्नक..... (कई संलग्नक होने के मामले में यहां संलग्नकों की संख्या लिखें और अलग कागज पर विवरण संलग्न करें)

E. Enclose ECS Form and Any other enclosure..... (In case of many enclosures, write number of additional enclosures here and attach a separate sheet with details).

**रेल कर्मचारी द्वारा हस्ताक्षर किया जाने वाला घोषणापत्र
DECLARATION TO BE SIGNED BY THE RAILWAY EMPLOYEE**

मैं एतद्वारा घोषणा करता हूँ कि इस आवेदन में दिया गया विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य है और जिस व्यक्ति के लिए चिकित्सा व्यय किया गया है वह पूर्ण रूप से मुझ पर आश्रित है और रेलवे में इलाज के लिए पात्र है। मुझे मालूम है कि चिकित्सा सुविधाओं का दुरुपयोग या किसी प्रकार की मिथ्या प्रस्तुति से मेरे विरुद्ध एमआईसी/आरईएलएचएस कार्ड/यूएमआईडी कार्ड रद्द करने सहित दंडात्मक कार्रवाई हो सकती है। मैं एतद्वारा घोषणा करता हूँ कि इस इलाज की अवधि के लिए यह मेरा अंतिम दावा है और मैं भविष्य में रेलवे या किसी चिकित्सा स्कीम से किसी प्रकार का दावा नहीं करूंगा। मैं एतद्वारा यह भी घोषणा करता हूँ कि मैंने इस अवधि के लिए भारत में किसी भी रेलवे चिकित्सा यूनिट से दवाई नहीं ली है।

I, hereby declare that the statements in this application are true to the best of my knowledge and belief and that the person for whom medical expenses were incurred is wholly dependent upon me & entitled for treatment in Railway. I am aware that misuse of medical facilities or misrepresentation of any kind can attract penal action including cancellation of MIC/RELHS Card/UMID Card. I hereby declare that this is my final claim and I shall not make any claim in future to Railway or any Health Scheme in respect to this treatment period. I do hereby declare that I have not taken medicine for this period from any Railway Health Establishment anywhere in India,

दिनांक (Date)

रेल कर्मचारी/दावाकर्ता के हस्ताक्षर

Signature of Railway Employee/Claimant

स्थान (Place)

Page 2/4

ओपीडी दवाइयों के लिए घोषणा प्रमाणपत्र कोविड-19 के मद्देनज़र विशेष स्वीकृति

Declaration Certificate for OPD medicines special sanction in view of Covid-19

अस्पताल प्रभारी या अधिकृत हस्ताक्षरकर्ता द्वारा जारी

Issued by Hospital In-charge or Authorized Signatory

रेलवे बोर्ड का दिनांक 05.05.2020 का पत्र सं. 2020/एच-1/7/3

Railway Board's letter No. 2020/H-1/7/3 dated 05.05.2020

मैं प्रमाणित करता/करती हूँ कि श्री/श्रीमती/कुमारी पत्नी/पुत्र/पुत्री/आश्रित संबंधी
श्री/श्रीमती, भारतीय रेल में के पद पर
कार्यरत/सेवानिवृत्त हैं, ने.....

..... में इलाज करवाया।

I certify that Shri/Smt./Kumari Wife/Son
/Daughter/Dependent relative of Shri/Smt.....

Employed/Retired in Indian Railway as has been
under treatment at
.....

वे से पीड़ित हैं। कर्मचारी को लिखी गई दवाइयां
उचित और जरूरी हैं। दावा की गई अवधि के लिए इन्हें रेलवे से दवाइयां जारी नहीं की गई हैं।

He/She is suffering from

The Medicines prescribed to the employee are appropriate & essential. He/She has not
been issued medicine from this Railway Establishment for the period claimed.

इलाज करने वाले डॉक्टर के हस्ताक्षर
Signature of Treating Doctor

अस्पताल प्रभारी या अधिकृत हस्ताक्षरकर्ता के मोहर सहित हस्ताक्षर
Signature of Hospital In-charge or Authorized Signatory with Stamp/Seal

दिनांक

Date

स्थान

Place

यदि लाभार्थी के पास चिकित्सा बीमा पॉलिसी है और विचाराधीन इलाज का दावा करना चाहता है तो वह पहले बीमा
कंपनी से दावा ले सकता है उसके पश्चात बीमा कंपनी द्वारा सत्यापित दस्तावेज़, बिलों आदि के साथ रेलवे को दावा प्रस्तुत
कर सकता है

In case the beneficiary has Medical Insurance Policy and intend to make claim for the
treatment in question then he/she may make claim to Insurance Company first and then
submit claim to Railway with documents bills etc. attested by Insurance Company.

DATA FORM FOR ECS/EFT

S.N.	Particulars	Required information
1	Name of the party (Pensioner/Family pensioner)	
2	Full address	
3	Bank Name	
4	Bank address & telephone no.	
5	MICR Code	
6	RTGS/IFC Code	
7	A/c No.	
8	Type of A/C	
8	PAN No.	
9	Folio No.	

Signature of Railway employee/ Claimant