

भाभा परमाणु अनुसंधान केंद्र

BHABHA ATOMIC RESEARCH CENTRE

(अंशदायी स्वास्थ्य सेवा योजना केंद्रों/डॉक्टरों द्वारा संस्तुत औषधियों
आदि की खरीद (एलईएस के अतिरिक्त) पर खर्च की गई धनराशि की अदायगी के लिए आवेदन पत्र)
APPLICATION FOR CLAIMING REIMBURSEMENT OF EXPENSES ON PURCHASE OF MEDICINES ETC.
RECOMMENDED BY CHSS MEDICAL CENTRES/DOCTORS (OTHER THAN LES)

भाग I – आवेदक द्वारा भरा जाए / Part I – To be filled in by the applicant

मुख्य हितग्राही का नाम Name of the prime beneficiary	इकाई का नाम जहाँ से सेवानिवृत्त हुए हो Unit from which retired	सी एच एस एस संख्या CHSS No.

रोगी का नाम एवं संबंध/Name of the patient and Relationship	पता/Address
	दूरभाष सं./Tel.No.

खर्च की गई धनराशि का विवरण / Details of expenses

क्रम संख्या Sl. No.	रसीद (कैश मेमो) / Cash Memo			औषधियों के नाम Name of the Medicines	औषधालय / अस्पताल Medicines prescribed by Dispensary/Hospital
	संख्या Number	दिनांक Date	राशि Amount रु.Rs. पै.P		
					मेडिकल स्टोर का नाम Name of Medical Shops

संलग्न : दवाओं का नुस्खा/Prescription
Enclosures : रसीदे (कैश मेमो)/Cash Memos ()

आवेदक के हस्ताक्षर/Signature of applicant

सेवा में, To,
प्रभारी चिकित्सा अधिकारी/Medical Officer-in-Charge,

औषधालय Dispensary	
----------------------	--

यूनिट, भापअ केंद्र अस्पताल Unit, BARC Hospital	
---	--

**भाग II - सी एच एस एस औषधालय / भापअ केंद्र अस्पताल के चिकित्सा अधिकारी द्वारा भरा जाए।
Part II – To be filled in by Medical Officer CHSS Dispensary/ BARC Hospital**

दावा की गई धनराशि
Amount claimed

रूपये Rs.

अनुमोदित की गई धनराशि
Amount approved

रूपये Rs.

अस्वीकार की गई धनराशि का विवरण / Details of amounts disallowed

धनराशि/Amount	औषध का नाम/Name of Medicine	कारण/Reasons

धनराशि की अदायगी के लिए स्वीकार की गयी मदें चिकित्सा की दृष्टि से खाद्य पदार्थ / कीटाणु नाशक / प्रसाधन सामग्री नहीं है। The items allowed for reimbursement are not purely food / disinfectant / toilet articles but are 'ethical' products from the medical point of view.

प्रभारी चिकित्सा अधिकारी/ M.O. In-charge

अध्यक्ष, चिकित्सा प्रभाग/Head, Medical Division

औषधालय/Dispensary इकाई/Unit, भापअ केंद्र अस्पताल/BARC Hospital

पावती / Acknowledgement

श्री./श्रीमती _____ सीएचएसएस सं. _____ से

रु. _____ हेतु दिनांक _____ का दावा प्राप्त हुआ।

Received claim dated _____ from Shri/Smt. _____

CHSS No. _____ for Rs. _____.

औषधालय/Dispensary

संबंधित लिपिक/Dealing Clerk

रसीद / RECEIPT

सीएचएसएस संख्या / CHSS No. _____

दिनांक/Date : _____

मेरी औषधियों/ सीएचएसएस बिलों के मूल्य रू. _____ (रूपये _____)
लेखा अधिकारी, भापअ केंद्र, ट्राम्बे, मुंबई – 400085 से प्राप्त हुए।

Received from Accounts Officer, BARC, Trombay, Mumbai-400085 a sum of Rs. _____

(Rupees _____) towards cost of
medicines/CHSS Bills due to me.

बैंक का नाम / Name of Bank _____

शाखा का पता / Branch Address _____

बचत खाता संख्या/ S.B. A/c. No. _____

आईएफएससी कोड संख्या _____

हस्ताक्षर/Signature

नाम/Name : _____

यदि दावा रू.5000/- से अधिक का हो तो कृपया रू.1/- का राजस्व टिकट लगाएं /
Please affix Revenue Stamp of Rs.1/- if the claim exceeds Rs.5000/-.

कृपया ध्यान दें / Please Note:-

- 1) कृपया पृष्ठ 1 एवं 2 पर पूरा विवरण भरें / Please fill all the details on page 1 & 2.
- 2) बिल और रसीद पर आवेदक के हस्ताक्षर आवश्यक हैं / Applicant's signature is required on the bill and on the receipt.
- 3) इकाई का नाम इंगित करें जैसे : डीआई, बीएआरसी, डीपीएस, डीसीएसईएम, एनपीसीआईएल, टीआईएफआर, टीएमसी, आईईएस, आईआरई आदि
Unit name is to be mentioned as DAE, BARC, DPS, DCSEM, NPCIL, TIFR, TMC, AEES & IRE etc.

भाग – III- लेखा प्रभाग में उपयोग के लिए / Part-III- For use in Accounts Division

रू. _____ के भुगतान हेतु स्वीकृत एवं पारित / Admitted and passed for payment of Rs. _____

संबंधित सहायक / DA

सहायक लेखाकार / A.A.

सहायक लेखा अधिकारी / A.A.O.