

मानव संसाधन विकास प्रभाग, प्रधान कार्यालय, नई दिल्ली को प्रस्तुत किया जाये  
**TO BE SUBMITTED TO HRD DIVISION, HO : NEW DELHI**

दावा संख्या \_\_\_\_\_  
Claim No.



कार्यालय \_\_\_\_\_  
OFFICE

अधिकारियों के लिए पंजाब नैशनल बैंक हॉस्पिटलाइजेशन अंशदायी सुविधा योजना के अन्तर्गत दावे का फार्म  
**CLAIM FORM UNDER PNB HOSPITALISATION CONTRIBUTORY BENEFIT SCHEME FOR OFFICERS**

नामांकन संख्या देना आवश्यक है / TO QUOTE ENROLMENT NO. IS A MUST

नाम / Name \_\_\_\_\_ पदनाम / Designation \_\_\_\_\_

निवास स्थान का पता \_\_\_\_\_  
Residential Address

नामांकन संख्या / Enrolment No. \_\_\_\_\_

रोगी का विवरण  
PATIENT'S  
DESCRIPTION

नाम / Name _____	लिंग / Sex _____
अधिकारी के साथ सम्बन्ध _____ Relationship with employee	जन्म-तिथि _____ Date of birth
क्या वह नौकरी में है _____ Is he/she employed	यदि हां, तो कहा _____ If so, by whom
बच्चे के मामले में बताएं कि क्या वह विवाहित है _____ In case of child, whether married	

दुर्घटना का ब्यौरा  
DETAILS OF  
ACCIDENT

दुर्घटना कब हुई? When did the accident happen?	तिथि _____ Date	समय _____ at	पूर्वाह्न / अपराह्न AM/PM
दुर्घटना का संक्षिप्त विवरण दें _____ Give brief description of accident			

बीमारी अथवा रोग  
अथवा प्रसूति  
ILLNESS  
OR DISEASE  
OR DELIVERY

बीमारी / रोग का नाम / Name of illness/disease suffered _____
यदि आपरेशन किया गया हो, तो उसका नाम / स्वरूप _____ Name/Nature of operation, if any

अस्पताल में भर्ती से  
पूर्व और उसमें भर्ती  
ने किये जाने की  
स्थिति में

डाक्टर का नाम \_\_\_\_\_  
Name of the Doctor  
डाक्टर का पता \_\_\_\_\_  
Address of the Doctor

PRE & NON-  
HOSPITALI-  
SATION

अवधि जिसके दौरान डाक्टर की देखरेख में रहे \_\_\_\_\_ से \_\_\_\_\_ तक  
Period for which remained under the  
Doctor's care from \_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_

अस्पताल में भर्ती  
रहने की स्थिति में  
HOSPITALI-  
SATION

अस्पताल / नर्सिंग होम का नाम \_\_\_\_\_  
Name of Hospital/Nursing Home  
पता \_\_\_\_\_  
Address

अस्पताल में दिनांक \_\_\_\_\_ को \_\_\_\_\_ बजे पूर्वाह्न / अपराह्न में भर्ती किया गया  
Admitted in Hospital on \_\_\_\_\_ at \_\_\_\_\_ AM/PM कमरा नम्बर / Room No. \_\_\_\_\_

अस्पताल में दिनांक \_\_\_\_\_ को \_\_\_\_\_ बजे पूर्वाह्न / अपराह्न में \_\_\_\_\_ दिन बाद छुट्टी दी गई  
Discharged on \_\_\_\_\_ at \_\_\_\_\_ AM/PM After \_\_\_\_\_ days

मैं एतद् द्वारा प्रमाणित करता हूँ / करती हूँ कि इस दावे के सम्बन्ध में मेरे द्वारा दिया गया विवरण तथा सूचना सही है और इसमें किसी भी तथ्य को छिपाया अथवा उसकी गलत बयानी नहीं की गई है। इसमें यदि कोई विसंगति पायी जाती है तो बैंक, नियमों के अनुसार, इस दावे को अस्वीकार करने सहित, मेरे विरुद्ध कोई भी ऐसी कार्यवाई कर सकता है जिसे व उचित समझें।

I hereby certify that the particulars and information given by me in respect of this claim are factual and nothing has been concealed/misrepresented. In case of any discrepancy, I shall be open for any action that the Bank may deem fit against me, as per rules, including rejection of the claim.

प्रभारी—पदधारी द्वारा  
प्रति—हस्ताक्षरित

अधिकारी के हस्ताक्षर \_\_\_\_\_  
Signature of the Officer

Countersigned by  
Incumbent Incharge

पदनाम / Designation \_\_\_\_\_

मुहर तिथि  
SEAL Date

कार्यालय / शाखा \_\_\_\_\_  
Office/Branch  
प्र.का. / क्षेत्रा \_\_\_\_\_  
H.O./Region

टिप्पणी : उपर्युक्त दावे के समर्थन में प्रस्तुत किये गये प्रत्येक बिल / कॅश मीमो / रसीद का इलाज कर रहे चिकित्सक / सर्जन द्वारा सत्यापन किया जाना चाहिए कि चिकित्सा सम्बन्धी उक्त खर्च उसके प्राधिकार से किया गया है।

NOTE : Each Bill/Cash Memo/Receipt in support of the claim should be verified by the attending physician/Surgeon in support of such medical expenses having been authorised by him.

सुविध BENEFITS	राशि जिसका दावा किया Amount claimed	विनियमों के अंतर्गत देय राशि Amount payable under Regulations	योजना के अंतर्गत देय राशि Amount payable under scheme	नामंजूर की गई राशि Amount Disallowed	टिप्पणी Remarks
1 अस्पताल में भर्ती न कराने की स्थिति में <b>NON-HOSPITALISATION</b> (क) साधारण रूप से टूटी हड्डी का इलाज (a) Treatment of simple fracture					
(ख) जोड़ों अथवा हड्डियों का रिडक्शन अथवा अपनी जगह से हट जाना जिसमें खुली शल्य-चिकित्सा की आवश्यकता न हो। (b) Reduction or dislocation of joints or bones not requiring open operation					
(ग) मोतिया बिन्द और ग्लूकोमा हटाना (c) Removal of Cataract & Glucoma					
(घ) पचास वर्ष की आयु के बाद डाक्टरी जांच (d) Medical Check up after the age of 50 years					
(ङ) वेसेक्टामी ;औषधियों सहित (e) Vesectomy (inclusive of drugs)					
(च) कैट स्कैनिंग (f) C.A.T. Scanning					
(छ) रेडियोथरेपी (g) Radiotherapy					
(ज) गुर्दे का डायलैसिस (h) Kidney dialysis					
2. अस्पताल में भर्ती कराए जाने से पूर्व <b>PRE-HOSPITALISATION</b> (क) रोग निदान सम्बन्धी सामग्री (a) Diagnostic Material					
(ख) परामर्श शुल्क (b) Consultation Fees दर रु. _____ प्रति परामर्श _____ बार परामर्श के लिए @ Rs. _____ per consultation for _____ consultation					
उप-जोड़ SUB - TOTAL आगे ले जाया जाए C/F					

सुविध BENEFITS	राशि जिसका दावा किया Amount claimed	विनियमों के अंतर्गत देय राशि Amount payable under Regulations	योजना के अंतर्गत देय राशि Amount payable under scheme	नामंजूर की गई राशि Amount Disallowed	टिप्पणी Remarks
आगे लाया गया / B/F					
<b>3. प्रसूति खर्च</b> <b>MATERNITY BENEFIT EXPENSES</b> (क) (i) कमरे का किराया दर रु. _____ प्रतिदिन से _____ दिनों के लिए (a) (i) Room charges @ Rs. _____ per day for _____ days (ii) अस्पताल द्वारा दिए गए भोजन का खर्च दर रु. _____ प्रतिदिन से _____ दिनों के लिए (ii) Hospital Diet charges @ Rs. _____ per day for _____ days. (iii) अस्पताल में नर्सिंग / चिकित्सा सम्बन्धी परिचर्या दर रु. _____ प्रतिदिन से _____ दिनों के लिए (iii) Nursing/Medical Attendance at Hospital @ Rs. _____ per day for _____ days					
(ख) अस्पताल द्वारा दी गई विशेष सेवाओं, जैसे एनैस्थीसिया, आक्सीजन, खून चढ़ाना, रोग निदान सम्बन्धी सामग्री, टीके, दवाइयां और प्रसूति कक्ष के कुल प्रभार। (b) Total of Hospital special services such as Anaesthesia, Oxygen, Blood transfusion, Diagnostic Materials, Injections medicines & delivery room charges.					
;गद्ध प्रसव सम्बन्धी ;आबस्टीट्रिकलद्ध प्रक्रिया <b>(c) OBSTERICAL PROCEDURES</b> (i) सामान्य प्रसूति / Normal Delivery ;पद्धसजिरियन सेक्शन / Caesarean Section					
(घ) अर्हताप्राप्त डाक्टर द्वारा घर पर की गई प्रसूति के लिए प्रसूति / चिकित्सा सम्बन्धी प्रभार (d) Delivery/Medical charges for delivery at home by a qualified doctor.					
(ङ) जिस स्थानों पर अस्पताल सुविधयें उपलब्ध नहीं हैं वहां प्रशिक्षित दाई के प्रसूति प्रभार। (e) Delivery charges of a Trained Midwife where Hospital facilities are not available					
उप-जोड़ SUB - TOTAL आगे ले जाया जाए C/F					

सुविध BENEFITS	राशि जिसका दावा किया Amount claimed	विनियमों के अंतर्गत देय राशि Amount payable under Regulations	योजना के अंतर्गत देय राशि Amount payable under scheme	नामंजूर की गई राशि Amount Disallowed	टिप्पणी Remarks
आगे लाया गया / B/F					
<p>4. हॉस्पिटलाइजेशन खर्च <b>HOSPITALISATION EXPENSES</b></p> <p>(क) (i) कमरे का प्रभार दर रु. _____ प्रतिदिन से _____ दिनों के लिए</p> <p>(a) (i) Room charges @ Rs. _____ per day for _____ days</p> <p>(ii) अस्पताल द्वारा दिए गए भोजन का प्रभार दर रु. _____ प्रतिदिन से _____ दिनों के लिए</p> <p>(ii) Hospital diet charges @ Rs. _____ per day for _____ days.</p> <p>(iii) नर्सिंग / चिकित्सा सम्बन्धी परिचर्या प्रभार दर रु. _____ प्रतिदिन से _____ दिनों के लिए</p> <p>(iii) Nursing/Medical Attendance charges @ Rs. _____ per day for _____ days</p>					
<p>(ख) सर्जन की फीस (b) Surgeon's Fee</p> <p>(i) _____</p> <p>(ii) _____</p>					
<p>(ग) एनैस्थीसिया, आक्सीजन, खून चढ़ाने और एनैस्थीस्ट की फीस, आपरेशन थियेटर तथा शल्य चिकित्सा उपकरणों का कुल खर्च</p> <p>(c) Total of Anaesthesia, Oxygen, Blood Transfusion &amp; Anaesthetist's fees, Operation Theatre charges &amp; surgical appliances</p> <p>(i) आपरेशन थियेटर प्रभार रु. _____ Operation Theatre charges Rs. _____</p> <p>(ii) एनैस्थीस्ट की फीस रु. _____ Anaesthetist's fees Rs. _____</p> <p>(iii) _____ रु./Rs. _____</p> <p>(iv) _____ रु./Rs. _____</p> <p>(v) _____ रु./Rs. _____</p> <p style="text-align: right;">जोड़ रु. _____ Total Rs. _____</p>					
उप-जोड़ SUB - TOTAL आगे ले जाया जाए C/F					

सुविध BENEFITS	राशि जिसका दावा किया Amount claimed	विनियमों के अंतर्गत देय राशि Amount payable under Regulations	योजना के अंतर्गत देय राशि Amount payable under scheme	नामंजूर की गई राशि Amount Disallowed	टिप्पणी Remarks
आगे लाया गया / B/F					
(घ) एक्स-रे, पेटेलाजीकल परीक्षणों, ई.सी.जी. तथा अन्य परीक्षणों पर खर्च का जोड़ (d) Total of X-ray, Pathological Tests, Electro-Cardiogram & other tests. (i) एक्स-रे / X-Ray रु. / Rs. _____ (ii) ई.सी.जी. / ECG रु. / Rs. _____ (iii) पेटेलाजीकल परीक्षण Pathology tests रु. / Rs. _____ (iv) _____ रु. / Rs. _____ (v) _____ रु. / Rs. _____					
(ङ) बिलों / कैश मीमों के अनुसार दवाइयों और औषधियों का जोड़ (e) Total of Medicines and Drugs as per bills/cash memos					
(च) बिलों / रसीदों के अनुसार परामर्शदाता की फीस ;रुपर 2 ;खर्च को छोड़कर रद्द दर रु. _____ प्रतिदिन से _____ निरीक्षणों / परामर्शों के लिए (f) Consultant's fees as per Bills/receipts (excluding those as claimed under 2 (b) above) @ Rs. _____ per day for _____ visits/consultations.					
(छ) एम्बूलेन्स / वाहन प्रभार, यदि कोई हों ;रसीद संलग्न करें (g) Ambulance/Conveyance charges if any (enclose receipt)					
(ज) प्रवेश / रजिस्ट्रेशन फीस (h) Admission/Registration Fee					
जोड़ / TOTAL					

केवल कार्यालय द्वारा प्रयोग के लिए  
FOR OFFICE USE ONLY

बैंक के चिकित्सा अधिकारी का प्रमाण-पत्र  
BANK'S MEDICAL OFFICER'S CERTIFICATE

मैंने श्री/श्रीमती/कु. \_\_\_\_\_ के/की \_\_\_\_\_ श्री/श्रीमती/कु. \_\_\_\_\_  
के सम्बन्ध में उनके प्रस्तुत किए गए दावे की जांच कर ली है।

I have examined the claim of Shri/Smt./Kum. \_\_\_\_\_  
in respect of \_\_\_\_\_ his/her \_\_\_\_\_

मैं प्रमाणित करता हूं कि उक्त रोगी की बीमारी/रोग पंजाब नैशनल बैंक की हॉस्पिटलाइजेशन अंशदायी सुविधा योजना के अन्तर्गत आती/आता है।

I certify that the illness/disease of the patient is covered under the Hospitalisation Contributory Scheme of the Bank.

सम्बन्धित चिकित्सा सम्बन्धी बिल उस बीमारी/रोग से प्रत्यक्षतः सम्बन्धित है जिससे पीड़ित था और इन्हें पास किए जाने की सिफारिश की जाती है। मैं इस बात की भी पुष्टि करता हूं कि इस मामले में अस्पताल में भर्ती आवश्यक थी।

The relative medical bills directly relate to the illness/disease suffered and are recommended to be passed. I also confirm that Hospitalisation in this case was necessary.

दिनांक \_\_\_\_\_  
DATE

बैंक का चिकित्सा अधिकारी  
BANK'S MEDICAL OFFICER

मामले की जांच करने वाले अधिकारी की सिफारिश  
Recommendation of the Officer Examining the case

आदेश/ORDER

लेखाकार/ACCOUNTANT

प्रबन्धक/मुख्य  
MANAGER/CHIEF  
मानव संसाधन विकास प्रभाग  
HRD DIVISION

