

**केंद्रीय सरकार स्वास्थ्य योजना / CENTRAL GOVERNMENT HEALTH SCHEME**  
**चिकित्सा प्रतिपूर्ति दावा प्रपत्र / MEDICAL REIMBURSEMENT CLAIM FORM**

(मुख्य कार्ड धारक द्वारा स्पष्ट अक्षरों में भरा जाना है / To be filled up by the Principal Card Holder in BLOCK LETTERS)

1.	(क) (a)	मुख्य सी.जी.एच.एस. कार्ड धारक का नाम Name of the Principal CGHS Card Holder	:	
	(ख) (b)	सी.जी.एच.एस. लाभार्थी आईडी संख्या CGHS Beneficiary ID No.	:	
	(ग) / (c)	कर्मचारी कोड सं. / Employee Code No.	:	
	(घ) (d)	वार्ड पात्रता - निजी / अर्ध-निजी / सामान्य Ward Entitlement - Pvt / Semi-Pvt / General	:	
	(च) / (e)	पूरा पता / Full Address	:	
	(छ) / (f)	मोबाइल टेलीफोन नंबर और ई-मेल पता, यदि है। Mobile Telephone No. and e-mail address, if any.	:	
2.	(क) / (a)	रोगी का नाम / Patient's Name	:	
	(ख) (b)	रोगी का सी.जी.एच.एस. लाभार्थी आईडी संख्या Patient's CGHS Beneficiary ID No.	:	
	(ग) (c)	मुख्य सी.जी.एच.एस. कार्ड धारक के साथ संबंध Relationship with the Principal CGHS Card Holder	:	
3.	अस्पताल / डायग्नोस्टिक सेंटर / इमेजिंग सेंटर का नाम और पता जहाँ उपचार या जाँच कारवाई गई। Name & Address of the Hospital / Diagnostic Centre / Imaging Centre where treatment is taken or tests done.			:
4.	क्या यह अस्पताल / डायग्नोस्टिक सेंटर / इमेजिंग सेंटर सी.जी.एच.एस. से सूचीबद्ध है? Whether the Hospital / Diagnostic / Imaging Centre is empanelled under CGHS?			: हाँ / नहीं Yes / No
5.	उपचार जिसके लिए प्रतिपूर्ति का दावा किया गया है Treatment for which reimbursement claimed			:
	(क) (a)	ओपीडी उपचार / परीक्षण और जांच OPD Treatment / Test and Investigations	:	
(ख) (b)	आंतरिक रोगी के रूप में उपचार Indoor Treatment	:		
6.	क्या आपातकाल स्थिति में उपचार कराया गया Whether treatment was taken in emergency			: हाँ / नहीं Yes / No
7.	क्या उपचार के लिए पूर्व अनुमति ली गई Whether prior permission was taken for the treatment			: हाँ / नहीं Yes / No
8.	क्या किसी अन्य स्वास्थ्य / चिकित्सा बीमा योजना की सदस्यता है? यदि हाँ, तो दावा की गई / प्राप्त की गई राशि। Whether subscribing to any Health / Medical Insurance Scheme. If yes, amount claimed / received.			: हाँ / नहीं Yes / No
9.	चिकित्सा अग्रिम का विवरण, यदि ली गई है। Details of Medical Advance taken, if any.			:
10.	दावा की गई कुल राशि / Total amount claimed			:
	(क) / (a)	ओपीडी उपचार / OPD Treatment	:	
	(ख) / (b)	आंतरिक रोगी के रूप में उपचार / Indoor Treatment	:	
	(ग) / (c)	परीक्षण और जांच / Tests / Investigations	:	

11	बैंक का नाम / Name of the Bank	:	
	बचत खाता संख्या / S.B. Account No.	:	
	शाखा एम आई सी आर कोड / Branch MICR Code	:	
	आई एफ एस सी कोड / IFSC Code	:	

### घोषणा / DECLARATION

मैं एतद्वारा घोषणा करता / करती हूँ कि आवेदन में दिए गए बयान, जहाँ तक पता और विश्वास है, सत्य हैं और जिस व्यक्ति के लिए चिकित्सा व्यय किया गया है वह पूरी तरह से मुझ पर आश्रित है। मैं एक केंद्रीय सरकार स्वास्थ्य योजना का लाभार्थी हूँ और सी.जी.एच.एस. कार्ड उपचार के समय वैध था। मैं नियमों के तहत स्वीकार्य प्रतिपूर्ति के लिए सहमत हूँ।

I hereby declare that the statements made in the application are true to the best of my knowledge and belief and the person for whom medical expenses were incurred is wholly dependent on me. I am a CGHS beneficiary and the CGHC Card was valid at the time of treatment. I agree for the reimbursement as is admissible under the Rules.

दिनांक / Date:

स्थान / Place:

मुख्य सी.जी.एच.एस. कार्ड धारक के हस्ताक्षर  
(Signature of the Principal CGHS Card Holder)

### संलग्न किए जाने वाले दस्तावेज / Documents to be attached

- कर्मचारी के सी.जी.एच.एस. कार्ड तथा रोगी की सी.जी.एच.एस. कार्ड की प्रतिलिपि।  
Photocopy of the CGHS Card of the employee along with the patients CGHS Card.
- अनुमति पत्र की प्रति, यदि कोई हो। / Copy of permission letter, if any.
- आपातकालीन स्थिति में आपातकालीन प्रमाण पत्र (मूल)। / Emergency Certificate (Original), in case of emergency.
- डिस्चार्ज विवरण की प्रतिलिपि। / Copy of the Discharge Summary.
- एम्बुलेंस प्रमाण पत्र (मूल), यदि लागू है तो। / Ambulance Certificate (Original), if any.
- दावा की गई प्रतिपूर्ति राशि के लिए मूल बिल / नकद ज्ञापन / वाउचर, आदि। Original Bills / Cash Memo / Vouchers, etc. for the reimbursement amount claimed.

### महत्वपूर्ण / IMPORTANT:

जहां भी लागू हो, कृपया निम्नलिखित जानकारी / दस्तावेज उपलब्ध कराना सुनिश्चित करें। / Kindly ensure to provide the following information / documents, wherever applicable.

- अस्पताल / डायग्नोस्टिक केन्द्र / इमेजिंग सेंटर से जांच का विवरण (व्यक्तिगत परीक्षणों का विवरण और दरें और परीक्षणों की सटीक संख्या, एक्स-रे फिल्म, आदि) प्राप्त करें क्योंकि दावा की गई राशि की प्रतिपूर्ति सी.जी.एच.एस. द्वारा प्रति परीक्षण अनुमोदित दर के अनुसार परिकलित की जाती है।  
Obtain break-up of investigations from the Hospital / Diagnostic Centre / Imaging Centre (details and rates of individual tests and the exact number of tests, X-ray films, etc.) as the reimbursable amount is calculated as per approved CGHS rates per test.
- मूल कागजात गुम हो जाने की स्थिति में, **अनुलग्नक-I** के अनुसार **शपथ** पत्र प्रस्तुत करें। बिल की सभी प्रतिलिपियों को उपचार करने वाले चिकित्सक / विशेषज्ञ द्वारा सत्यापित करवाएं।  
In case of loss of original papers, **Affidavit** as per **Annexure-I** to be submitted. All photocopies of the bills to be attested by the treating doctor / specialist.
- कार्ड धारक की मृत्यु** हो जाने की स्थिति में, दावा प्रतिपूर्ति के लिए **अनुलग्नक-II** के अनुसार **शपथ** पत्र भरकर संलग्न करें।  
In case of **Death of the Card Holder**, **Affidavit** as per **Annexure-II** to be filled and attached to claim reimbursement.
- प्रत्यारोपण स्थिति में, प्रत्यारोपण की क्रम सं के साथ स्टिकर के साथ इनवॉइस संख्या संलग्न करें।  
In case of implants, Invoice No. along with sticker with Serial Number of the Implant to be attached.
- पेसमेकर / आई.सी.डी. आदि के प्रतिस्थापन की स्थिति में, पहले के पेसमेकर / आ.ई.सी.डी. के वारंटी प्रमाण पत्र की प्रति संलग्न करें।  
In case of replacement of Pacemaker / ICD, etc., copy of the Warranty Certificate of earlier Pacemaker / ICD may be enclosed.

**नोट:** सी.जी.एच.एस. सुविधाओं का दुरुपयोग एक आपराधिक जुर्म है। तथ्यों को जानबूझकर छिपाने या गलत विवरण प्रस्तुत करने पर सी.जी.एच.एस. कार्ड को रद्द करने के साथ-साथ दंडात्मक कार्रवाई की जा सकती है। सेवारत कर्मिकों के मामले में उपयुक्त अनुशासनात्मक कार्रवाई की जाएगी।

**Note:** Misuse of CGHS facilities is a criminal offence. Penal action, including cancellation of CGHS Card may be taken in case of wilful suppression of facts or submission of false statements. Suitable disciplinary action shall be taken in case of serving employees.

**स्टाम्प पेपर पर डुप्लिकेट दावा प्रपत्र / बिल के लिए शपथ पत्र का प्रारूप**  
**Draft for Affidavit for Duplicate Claim Papers / Bills on Stamp Paper**

मैं, \_\_\_\_\_ पुत्र / पत्नी / पुत्री \_\_\_\_\_  
 निवासी \_\_\_\_\_ ने मूल कागजात खो दिया है / गुम हो गया है या उसका पता नहीं चल रहा है। मैं यह  
 वचन देता / देती हूँ कि मुझे किसी भी स्रोत से मूल बिल / दावा पत्र के लिए कोई भी भुगतान प्राप्त नहीं हुआ है और यदि मूल कागजातों का पता  
 चलता है, तो मैं भविष्य में उस मूल बिल के आधार पर दावा नहीं करूंगा / करूंगी और यदि मुझे भविष्य में मूल बिल के लिए कोई चेक प्राप्त  
 होता है, तो मैं सक्षम प्राधिकारी को वापस कर दूंगा / दूंगी।

I, \_\_\_\_\_ son / wife / daughter of  
 \_\_\_\_\_ and resident of \_\_\_\_\_ have lost /  
 misplaced the original paper or the same are not traceable. I hereby given an undertaking that I have not received any  
 payment against the original bills / claim papers from any source and that if the original papers are traced, I shall not  
 stake claim against original bills in future and that in the event, I receive any cheque against the original bills in future, I  
 shall return the same to Competent Authority.

शपथकर्ता / Deponent

नोटरी पब्लिक द्वारा सत्यापित / Verified by Notary Public.

**चिकित्सा प्रतिपूर्ति का दावा करने हेतु स्टाम्प पेपर पर शपथ पत्र का प्रारूप**  
**Draft for Affidavit on Stamp Paper for claiming medical reimbursement**

**सीजीएचएस कार्ड धारक की मृत्यु की स्थिति में / in case of death of a CGHS Card Holder.**

मैं, \_\_\_\_\_ पति / पत्नी / पुत्र / पुत्री स्वर्गीय श्री / श्रीमती \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ निवासी \_\_\_\_\_ एतद द्वारा अपने पति / पत्नी / पिता / माता  
 स्वर्गीय श्री / श्रीमती \_\_\_\_\_ के उपचार से संबंधित चिकित्सा प्रतिपूर्ति हेतु दावा पत्र प्रस्तुत करता / करती हूँ,  
 जिनके मृत्यु प्रमाण पत्र की प्रति संलग्न है।

I, \_\_\_\_\_ husband / wife / son / daughter of late  
 \_\_\_\_\_ and resident of \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ I, hereby submit the medical reimbursement claim papers pertaining to treatment  
 of my husband / wife / father / mother Late Shri / Smt. \_\_\_\_\_ who has expired on  
 \_\_\_\_\_ (copy of Death Certificate is enclosed).

स्वर्गीय श्री / श्रीमती \_\_\_\_\_ के अन्य निम्नलिखित कानूनी उत्तराधिकारी हैं, यदि पूरी प्रतिपूर्ति की राशि  
 का भुगतान मुझे किया जाता है तो उनमें से किसी को भी कोई आपत्ति नहीं है।

Late Shri / Smt. \_\_\_\_\_ has left behind the following other  
 legal heirs, none of whom have any objection if the entire reimbursable amount is paid to me.

क्रं. सं Sl. No.	कानूनी उत्तराधिकारियों का नाम Name of Legal Heirs	मृतक से संबंध Relationship with deceased	आयु Age

स्टाम्प पेपर पर अन्य कानूनन उत्तराधिकारियों द्वारा हस्ताक्षरित अनापत्ति प्रमाण पत्र संलग्न है।

No Objection Certificate signed by other legal heirs on Stamp Paper is enclosed.

शपथकर्ता / Deponent

नोटरी पब्लिक द्वारा प्रमाणित / Attested by Notary Public.

स्टाम्प पेपर पर "अनापत्ति प्रमाण पत्र" के लिए प्रारूप

Draft for "NO OBJECTION CERTIFICATE" on Stamp Paper

- हम (i) \_\_\_\_\_ पुत्र / पुत्री, स्व. \_\_\_\_\_  
 (ii) \_\_\_\_\_ पुत्र / पुत्री, स्व. \_\_\_\_\_  
 (iii) \_\_\_\_\_ पुत्र / पुत्री, स्व. \_\_\_\_\_  
 (iv) \_\_\_\_\_ पुत्र / पुत्री, स्व. \_\_\_\_\_  
 (v) \_\_\_\_\_ पुत्र / पुत्री, स्व. \_\_\_\_\_  
 (vi) \_\_\_\_\_ पुत्र / पुत्री, स्व. \_\_\_\_\_

स्वर्गीय श्री / श्रीमती \_\_\_\_\_ के कानूनी उत्तराधिकारी होने की वजह से हमे किसी प्रकार की आपत्ति नहीं है यदि श्री / श्रीमती \_\_\_\_\_ के उपचार से संबंधित चिकित्सा व्यय की प्रतिपूर्ति श्री / श्रीमती \_\_\_\_\_ को की जाती है।

- We (i) \_\_\_\_\_ son / daughter of Late \_\_\_\_\_  
 (ii) \_\_\_\_\_ son / daughter of Late \_\_\_\_\_  
 (iii) \_\_\_\_\_ son / daughter of Late \_\_\_\_\_  
 (iv) \_\_\_\_\_ son / daughter of Late \_\_\_\_\_  
 (v) \_\_\_\_\_ son / daughter of Late \_\_\_\_\_  
 (vi) \_\_\_\_\_ son / daughter of Late \_\_\_\_\_ -

being the legal heirs of Late Shri / Smt. \_\_\_\_\_ have no objection if the entire amount reimbursable pertaining to the treatment of Late Shri / Smt. \_\_\_\_\_ is paid to Shri / Smt. \_\_\_\_\_

(i) हस्ताक्षर / Signature  
नाम / Name :  
पता / Address.

(ii) हस्ताक्षर / Signature  
नाम / Name :  
पता / Address.

(iii) हस्ताक्षर / Signature  
नाम / Name :  
पता / Address.

(iv) हस्ताक्षर / Signature  
नाम / Name :  
पता / Address.

(v) हस्ताक्षर / Signature  
नाम / Name :  
पता / Address.

(vi) हस्ताक्षर / Signature  
नाम / Name :  
पता / Address.