

नार्दर्न कोलफिल्ड्स लिमिटेड  
पो० - सिंगरौली कोलयरी, जिला - सीधी, मध्यप्रदेश  
चिकित्सा व्यय की वापसी हेतु आवेदन पत्र

श्री/श्रीमती :

पदनाम :

वेतन :

स्टाफ :

विभाग :

| क्रमांक | मरीज का नाम | सम्बन्ध | हस्पिटल/दवा दुकान का नाम | रसीद संख्या | दिनांक | रकम (रु) | अन्य विवरण |
|---------|-------------|---------|--------------------------|-------------|--------|----------|------------|
|         |             |         |                          |             |        |          |            |
|         |             |         |                          |             |        |          |            |
|         |             |         |                          |             |        |          |            |
|         |             |         |                          |             |        |          |            |
|         |             |         |                          |             |        |          |            |
|         |             |         |                          |             |        |          |            |

( रुपया \_\_\_\_\_ मात्र ) रु \_\_\_\_\_

मैं एतद् द्वारा घोषणा करता हूँ कि इस आवेदन पत्र में दिये गये विवरण सत्य हैं और जिस व्यक्ति के लिए चिकित्सा सम्बन्धी कार्य किये गये हैं वह मुझ पर पूर्णरूपेण आश्रित है एवं मेरी सर्वोत्तम जानकारी एवं विश्वास के अनुसार चिकित्सीय परिचर्चा नियम के अर्न्तगत चिकित्सीय व्यय के हकदार है।

नियन्त्रण अधिकारी का हस्ताक्षर एवं पद

कर्मचारी का हस्ताक्षर

अनुलग्न : नुस्खा रसीद, नकद पूर्जा आदि।

लेखा कार्यालय के प्रयोग के लिए

कृपया ..... को खाते में जमा होने वाला चेक / नगद भुगतान करें .....

( जारी करें )

( एकाउन्ट पेयी चेक )

रुपया ..... मात्र ..... रुपये शब्दों में ..... मात्र

डेबिट एकाउन्ट ..... क्रेडिट एकाउन्ट .....

चेक संख्या ..... रुपया ..... सिर्फ ..... दिनांक ..... जारी किया गया

रुपया ..... प्राप्त किया।

लेखा अधिकारी ( बी )

दावेदार का हस्ताक्षर .....