

राष्ट्रीय विज्ञान, प्रौद्योगिकी और विकास अध्ययन संस्थान  
National Institute of Science, Technology & Development Studies  
पूसा गेट, डा. के. एस. कृष्णन मार्ग, नई दिल्ली-110012  
Pusa Gate, Dr. K. S. Krishnan Marg, New Delhi-110012

केंद्रीय सरकार स्वास्थ्य योजना  
**CENTRAL GOVERNMENT HEALTH SCHEME**

चिकित्सा प्रतिपूर्ति के दावा हेतु प्रपत्र  
**MEDICAL REIMBURSEMENT CLAIM FORM**

(मुख्य कार्ड धारक द्वारा बड़े अक्षरों में भरा जाए/ To be filled by the Principal Card holder in Block letters)

1. (क) मुख्य सीजीएचएस कार्ड धारक का नाम  
(a) Name of the Principal CGHS Card Holder :  
(ख) सीजीएचएस लाभार्थी का आईडी नं.  
(b) CGHS Beneficiary ID No. :  
(ग) कर्मचारी का कोड नं.  
(c) Employee Code No. :  
(घ) वार्ड की पात्रता- प्राइवेट/ अर्ध-प्राइवेट/ सामान्य  
(d) Ward Entitlement- Pvt./Semi-Pvt./General :  
(ड.) पूरा पता  
(e) Full Address :  
(च) मोबाइल/दूरभाष नं तथा ईमेल का पता, यदि कोई हो  
(f) Mobile/Telephone No. and E-mail address, if any :
2. (क) रोगी का नाम  
(a) Patient's Name :  
(ख) रोगी का सीजीएचएस लाभार्थी आईडी नं.  
(b) Patient's CGHS Ben. ID No. :  
(ग) मुख्य सीजीएचएस कार्डधारक से संबंध  
(c) Relationship with the Principal CGHS Card Holder :
3. अस्पताल/ डायग्नोस्टिक केंद्र/इमेजिंग केंद्र का नाम व पता :  
जिसमें रोगी की चिकित्सा अथवा जांच कराई गई  
Name & address of the Hospital/ Diagnostic/ Imaging :  
Center where the treatment is taken or tests done.
4. क्या अस्पताल/ डायग्नोस्टिक/ इमेजिंग केंद्र सीजीएचएस के  
अंतर्गत पेनल में है ? :  
Whether the Hospital/ Diagnostic /Imaging center is :  
Empanelled under CGHS ?

हाँ/ नहीं  
Yes/No

5. किस चिकित्सा के लिए प्रतिपूर्ति का दावा किया गया है?  
Treatment for which reimbursement claimed  
(क) बाह्य रोगी चिकित्सा/परीक्षण एवं जांच-पड़ताल  
(a) OPD Treatment/Test & Investigations :  
(ख) आंतरिक चिकित्सा  
(b) Indoor Treatment :
6. क्या चिकित्सा आपातकाल में कराई गई? हाँ/ नहीं  
Whether treatment was taken in emergency ? : Yes/No
7. क्या चिकित्सा के लिए पूर्व अनुमति ली गई? हाँ/ नहीं  
Whether prior permission was taken for the treatment?: Yes/No
8. क्या किसी स्वास्थ्य/ चिकित्सा बीमा योजना में अंशदान कर रहे हैं, यदि हाँ तो दावा/ प्राप्त की गई धनराशि : हाँ/ नहीं  
Whether subscribing to any health/medical insurance Scheme, if any, amount claimed/ received Yes/No
9. चिकित्सा अग्रिम, यदि कोई हो, का विवरण :  
Details of Medical advance taken, if any.
10. कुल दावा की गई धनराशि  
Total amount claimed :  
(क) बाह्य रोगी चिकित्सा :  
(a) OPD Treatment :  
(ख) आंतरिक चिकित्सा :  
(b) Indoor Treatment :  
(ग) जांच/ जांच-पड़ताल :  
(c) Test & Investigations :
11. बैंक का नाम खाता संख्या  
Name of the Bank ..... SB A/c No. ....  
शाखा का एमआईसीआर कोड आईएफएससी कोड  
Branch MICR Code ..... IFSC Code .....

### घोषणा

#### DECLARATION

मैं एतद्वारा घोषणा करता हूँ/ करती हूँ कि इस आवेदन में दिए गए सभी विवरण मेरे सर्वोत्तम ज्ञान व विश्वास के अनुसार सत्य हैं तथा जिस व्यक्ति की चिकित्सा पर खर्च किया गया है, वह पूरी तरह से मेरे ऊपर आश्रित है। मैं सीजीएचएस का/ की लाभार्थी हूँ तथा चिकित्सा के समय सीजीएचएस कार्ड वैध था। मैं नियमानुसार स्वीकार्य चिकित्सा प्रतिपूर्ति से 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 CGHS Card was valid at the time of treatment. I agree for the reimbursement as is admissible under the rules.

दिनांक  
Dated .....

मुख्य सीजीएचएस कार्डधारक के हस्ताक्षर  
Sign. of the Principal CGHS Card holder

स्थान  
Place .....

## संलग्न किए जाने वाले दस्तावेज

### Documents to be attached

1. रोगी के सीजीएचएस कार्ड के साथ-साथ कर्मचारी के सीजीएचएस कार्ड की फोटो प्रति ।  
Photo copy of CGHS card of the employee along with the patient's CGHS card.
2. अनुमति पत्र, यदि कोई हो, की प्रति ।  
Photo copy of permission letter, if any.
3. आपातकालीन स्थिति में आपातकालीन प्रमाणपत्र (मूल) ।  
Emergency certificate (original), in case of emergency.
4. अस्पताल से छुट्टी मिलने संबंधी संक्षिप्त विवरण की प्रति  
Copy of the discharge summary.
5. रोगी वाहन प्रमाणपत्र (मूल), यदि कोई हो ।  
Ambulance certificate (original), if any.
6. दावा की गई प्रतिपूर्ति धनराशि के मूल बिल/ कैश मीमो/ वाउचर आदि  
Original bills/ cash memo/ vouchers etc. for the reimbursement amount claimed.

### महत्वपूर्ण/ Important

कृपया जहाँ लागू हो, निम्नलिखित सूचना/ दस्तावेज उपलब्ध कराना सुनिश्चित करें:

Kindly ensure to provide the following information/ documents, wherever applicable.

- (क) अस्पताल/ डायग्नोस्टिक/ इमेजिंग सेंटर से जांच-पड़ताल का विवरण प्राप्त कर लें (अलग जांचों के विवरण तथा दरें एवं जांच, एक्स-रे फिल्म आदि की सही संख्या) क्योंकि प्रतिपूर्ति धनराशि की अनुमोदित सीजीएचएस दर प्रति जांच के अनुसार गणना की गई है ।
- (a) Obtain Break up of investigations from the Hospital/Diagnostic/ Imaging Centre (Details and rates of individual tests and the exact number of tests, X-ray films, etc.) as the reimbursement is calculated as per approved CGHS rates per test.
- (ख) यदि मूल कागजात खो जाते हैं तो संलग्नक-I के अनुसार शपथपत्र प्रस्तुत किया जाए । बिलों की सभी प्रतियां संबंधित चिकित्सक/विशेषज्ञ द्वारा प्रमाणित हों ।
- (b) 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.
- (ग) यदि सीजीएचएस कार्डधारक की मृत्यु हो जाती है तो संलग्नक-II के अनुसार शपथपत्र तैयार किया जाए और दावा प्रतिपूर्ति के साथ लगाया जाए ।
- (c) In case of death of Card holder, Affidavit as per Annexure-II to be filled and attached to claim reimbursement.
- (घ) इंप्लांट्स की स्थिति में, इंप्लांट्स की क्रम संख्या सहित स्टिकर के साथ-साथ इनवॉइस नं. संलग्न किया जाए ।
- (d) In case of implants, invoice No. Along with sticker and serial No. of the implant to be attached.
- (ङ.) कोरोनरी स्टेंट्स की स्थिति में, स्टेंट्स का बाहरी पाउच साथ में लगाया जाए ।
- (e) In case of Coronary Stents, outer pouch of stents to be enclosed.
- (च) पेसमेकर/ आईसीडी आदि के रिप्लेसमेंट की स्थिति में, पूर्व पेसमेकर/ आईसीडी के वारंटी प्रमाणपत्र की प्रति साथ में लगाई जाए ।
- (f) In case of replacement of Pacemaker/ ICD etc., copy of the warranty certificate of earlier Pacemaker/ ICD may be enclosed.

नोट: सीजीएचएस सुविधाओं का दुरुपयोग दंडात्मक अपराध है । इस मामले में यदि जान-बूझकर तथ्यों को छुपाया जाता है अथवा असत्य विवरण प्रस्तुत किया जाता है तो संबंधित कर्मचारी के सीजीएचएस कार्ड के निरस्तीकरण सहित दंडात्मक कार्यवाही की जा सकती है । यदि वह व्यक्ति सेवारत कर्मचारी है तो उसके विरुद्ध उपयुक्त अनुशासनिक कार्यवाही की जाएगी ।

Note: Misuse of CGHS facilities is a criminal offence. Penal action, including cancellation of CGHS, 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.

राष्ट्रीय विज्ञान, प्रौद्योगिकी और विकास अध्ययन संस्थान  
National Institute of Science, Technology & Development Studies  
पूसा गेट, डा. के. एस. कृष्णन मार्ग, नई दिल्ली-110012  
Pusa Gate, Dr. K. S. Krishnan Marg, New Delhi-110012

केंद्रीय सरकार स्वास्थ्य योजना  
Central Government Health Scheme

चिकित्सा दावा की प्रतिपूर्ति हेतु संशोधित जांच सूची  
Modified Check list for Reimbursement of Medical Claims

1. सीजीएचएस टोकन नं. तथा जारी करने का स्थान  
(अथवा कर्मचारी/ पेन्शनर की बें आईडी) : \_\_\_\_\_  
CGHS Token No. and place of issue  
(or Ben ID of Employee/ Pensioner) : \_\_\_\_\_
2. सीजीएचएस टोकन कार्ड की मान्यता तथा पात्रता ..... से ..... तक  
Validity of CGHS Token Card and entitlement  
(प्राइवेट/अर्ध प्राइवेट/सामान्य/ Private/Semi Pvt./General)
3. कार्ड धारक का पूरा नाम (बड़े अक्षरों में)  
Full name of the Card holder (in block letters) .....
4. स्थिति (सरकारी कर्मचारी/ पेन्शनर/ अन्य)  
Status (Govt. servant/Pensioner/Others) .....
5. निम्नलिखित दस्तावेज जमा करा दिए गए हैं (कृपया संबंधित कॉलम पर सही का निशान (√) लगाएं):  
The following documents are submitted (Please Tick (√) the relevant column):

(क) चिकित्सा प्रपत्र 2004	:	हां/ नहीं
(a) Medical Form 2004	:	Yes/No
(ख) सीजीएचएस कार्ड की फोटोप्रति	:	हां/ नहीं
(b) Photocopy of CGHS Card	:	Yes/No
(ग) मूल बिलों की संख्या	:	हां/ नहीं
(c) No. of original bills	:	Yes/No
(घ) अस्पताल से छुट्टी के संक्षिप्त विवरण की प्रति	:	हां/ नहीं
(d) Copy of discharge summary	:	Yes/No
(ङ.) रेफरल विशेषज्ञ/ मुख्य चिकित्सा अधिकारी की पर्ची	:	हां/ नहीं
(e) Copy of Referral specialist/CMO	:	Yes/No
(च) क्या अस्पताल ने प्रयोगशाला जांच के लिए ब्योरा दे दिया है?	:	हां/ नहीं
(f) Whether the Hospital has given breakup for Laboratory Investigations	:	Yes/No
(छ) मूल कागजात खो गए हैं तथा निम्नलिखित दस्तावेज प्रस्तुत हैं	:	
(g) Original papers are lost, the following documents are submitted	:	

- |                                   |   |           |
|-----------------------------------|---|-----------|
| (i) दावा प्रपत्र की फोटो प्रतियां | : | हां/ नहीं |
| Photocopies of claim form         | : | Yes/No    |
| (ii) स्टाम्प पेपर पर शपथ पत्र     | : | हां/ नहीं |
| Affidavit on Stamp paper          | : | Yes/No    |

(ज) कार्ड धारक की मृत्यु हो जाने पर निम्नलिखित दस्तावेज प्रस्तुत हैं

(h) In case of death of Card holder, following documents are submitted :

- |  |   |           |
|--|---|-----------|
| (i) दावाकर्ता द्वारा स्टाम्प पेपर पर शपथ पत्र      | : | हां/ नहीं |
| Affidavit on Stamp paper by claimant               | : | Yes/No    |
| (ii) स्टाम्प पेपर पर अन्य कानूनी वारिश की अनापत्ति | : | हां/ नहीं |
| No objection from other legal Heirs on stamp paper | : | Yes/No    |
| (iii) मृत्यु प्रमाणपत्र की फोटोप्रति               | : | हां/ नहीं |
| Photocopy of Death certificate                     | : | Yes/No    |

दिनांक

Dated .....

सीजीएचएस कार्ड धारक के हस्ताक्षर

Signature of CGHS Card holder

दूरभाष नं. (कार्यालय)

Tele. No. (Office) .....

(निवास)

(Residence) .....

ईमेल का पता

Email address .....

बैंक का नाम \_\_\_\_\_ शाखा \_\_\_\_\_ बचत खाता सं. \_\_\_\_\_

एमआईसीआर कोड \_\_\_\_\_ शाखा का दूरभाष नं. \_\_\_\_\_

Name of the Bank \_\_\_\_\_ Branch \_\_\_\_\_ SB A/c No \_\_\_\_\_

MICR Code \_\_\_\_\_ Tele. No. of Branch \_\_\_\_\_ .