

சரிபார்ப்பு பட்டியல் விவரம்

காப்பீட்டாளர் எண் :-

பதிவு எண் :- _____

காப்பீட்டாளர்பெயர்:-

தொ.அ.இ. மருந்தகம் :-

வ. எண்.	ஆவணங்கள்	இணைக்கப்பட்ட விவரம்
1.	இ.எஸ்.ஐ. காப்பீட்டாளர் விவரங்கள்(படிவம்-1)	ஆம்/இல்லை
2.	மருத்துவச் செலவினை மீளப்பெறுவதற்கான விண்ணப்பம் (படிவம்-2) / Reimbursement Form	ஆம்/இல்லை
3.	மற்ற அரசு / அரசுசாரா நிறுவனங்களிலிருந்து எந்த வித நிதி உதவியும் பெறவில்லை என்பதற்கான உறுதிமொழி படிவம் (படிவம்-3)	ஆம்/இல்லை
4.	உள்ளூர் காரியாலய மேலாளரால் வழங்கப்பட்ட தகுதிச்சான்று/Eligibility Certificate issued by Branch Manager	ஆம்/இல்லை
5.	ஆளறி / முகவரிச்சான்று /Identity proof/Address proof (ஆதார் கார்டு / வாக்காளர் அடையாள அட்டை/ ஓட்டுநர் அடையாளஅட்டை)	ஆம்/இல்லை
6.	குடும்ப அட்டை நகல் / Family Card	ஆம்/இல்லை
7.	வங்கி கணக்கு புத்தக நகல் / Passbook	ஆம்/இல்லை
8.	இ.எஸ்.ஐ. அடையாள அட்டை நகல்	ஆம்/இல்லை
9.	தனியார் மருத்துவமனையால் வழங்கப்பட்ட சிகிச்சை விவரங்கள் அடங்கிய அறிக்கை (அசல்) (Discharge Summary Original)	ஆம்/இல்லை
10.	தனியார் மருத்துவமனை சிகிச்சைகான கட்டண ரசீது(அசல்) (To be attested by CMO/MO)	ஆம்/இல்லை

----- ✂ ----- ✂ ----- ✂ -----

ஒப்புதல்சீட்டு

Acknowledgment Receipt

(அலுவலகப் பயன்பாட்டிற்கு மட்டும்)

காப்பீட்டாளர் எண் :-

பதிவுஎண்:- _____

காப்பீட்டாளர்பெயர் :-

தொ.அ.இ. மருந்தகம் :-

மேற்கூறிய விவரங்கள் அடங்கிய இ.எஸ்.ஐ. காப்பீட்டாளரின் மருத்துவச்செலவினை மீளப்பெறுவதற்கான விண்ணப்பம் _____ அன்று பெறப்பட்டது.

பொறுப்பு மருத்துவ அலுவலர்

தொ.அ.ஈ.மருந்தகம், _____

படிவம் 1

இ.எஸ்.ஐ. காப்பீட்டாளர் விவரங்கள்

1. காப்பீட்டாளர் பெயர்	:	
2. காப்பீட்டு எண்	:	
3. காப்பீட்டாளர் முகவரி	:	சிகிச்சை பெற்றவரின் புகைப்படம் தலைமை மருத்துவ அலுவலரின் அலுவலகமுத்திரையுடன் சான்றொப்பம்
தொலைபேசி எண்	:	
மின்னஞ்சல் முகவரி	:	
4. பணிபுரியும் அல்லது கடைசியாக பணிபுரிந்த நிறுவனத்தின் விவரம்	:	
5. காப்பீட்டாளர் வங்கி கணக்கு விவரங்கள்	:	
வங்கி பெயர்	:	
கணக்கு எண் (A/c. No.)	:	
ஐ.எப்.எஸ்.சி எண் (IFSC No.)	:	
எம்.ஐ.சி.ஆர் எண் (MICR No.)	:	
கிளையின் பெயர் (Branch Name)	:	
6. சிகிச்சை பெற்ற நபர்	:	காப்பீட்டாளர்/குடும்ப உறுப்பினர்
சிகிச்சை பெற்ற நபர் குடும்ப உறுப்பினர் எனில்		
அ) குடும்ப உறுப்பினர் பெயர்	:	

ஆ) உறவுமுறை	:
இ) தாய்/தந்தை ஆக இருப்பின் அவர்களின் தனிப்பட்ட ஆண்டு வருமானம்	: ரூ.
7. உள்நோயாளியாக சிகிச்சை பெற்ற காலம்	: முதல் வரை
8. உள்நோயாளியாக சிகிச்சை பெற்ற மருத்துவமனையின் பெயர் மற்றும் முகவரி	:
9. நோயின் பெயர் (Discharge Summary – to be enclosed)	:
10. உள்நோயாளி சிகிச்சைக்கான செலவில் திரும்ப கோரும் தொகை (Claim Amount)	: ரூபாய்

மேலும் சொல்லப்பட்ட அனைத்தும் எனக்கு தெரிந்த வரையில் உண்மை என்று உறுதி அளிக்கிறேன்.

இப்படிக்கு,
தங்கள் உண்மையுள்ள,

இடம்:

தேதி:

மருத்துவச் செலவினை மீளப் பெறுவதற்கான விண்ணப்பம்

அனுப்புநர்

பெறுநர்

தலைமை குடிமை மருத்துவ அலுவலர்

தொ.அ.ஈ. மருந்தகம்

ஐயா/அம்மா,

எனக்கு / எனது _____ உடல்நிலை சரியில்லாத காரணத்தினால் தனியார் மருத்துவமனையில் _____ முதல் _____ வரை உள்நோயாளியாக இருந்து சிகிச்சை பெற்ற செலவுதொகை ரூ._____/ -யை திரும்ப பெற பின்வரும் காரணங்களை அனுமதித்து ஆவண செய்யுமாறு பணிவுடன் கேட்டுக்கொள்கிறேன்.

- 1.) தனியார் மருத்துவமனையில் உள்நோயாளியாக அனுமதிக்கப்பட்ட விபரத்தினை தொ.அ.ஈ.மருந்தகத்தில் 48 மணி நேரத்திற்குள் நான் தெரிவிக்கவில்லை எனில் அதற்கான காரணம் _____

(*தேவையற்ற பத்தியை அடிக்கவும்)

நன்றி

தங்கள் உண்மையுள்ள,

இடம்:

நாள்:

மனுதாரர் கையொப்பம்

உறுதிமொழி படிவம்

அனுப்புநர்

பெறுநர்

பொறுப்பு மருத்துவ அலுவலர்

தொ.அ.ஈ. மருந்தகம்

ஐயா/அம்மா,

எனக்கு / எனது _____ மருத்துவ சிகிச்சைக்காக மாண்புமிகு பாரதப் பிரதமர் அவர்கள் நிவாரண நிதி/மாண்புமிகு முதலமைச்சர் அவர்கள் நிவாரண நிதி/தொழிலதிபர்/ இதர தொண்டு நிறுவனம்/மற்ற அரசு திட்டங்களிலிருந்தும் எவ்வித உதவியும் பெறவில்லை என்பதை மிகவும் பணிவுடன் தெரிவித்துக்கொள்கிறேன்.

நன்றி

தங்கள் உண்மையுள்ள,

இடம்:

நாள்:

மனுதாரர் கையொப்பம்