

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

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

1.	(क) मुख्य सी.जी.एच.एस. कार्ड धारक का नाम Name of the Principal CGHS Card Holder	:	
	(ख) सी.जी.एच.एस. लाभार्थी आईडी संख्या CGHS Beneficiary ID No.	:	
	(ग) / (c) कर्मचारी कोड सं. / Employee Code No.	:	
	(घ) 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 जाँच 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 जाँच / 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 केन्द्रीय 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:**

जहाँ 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 शापथ 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 शापथ 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 / आई.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 जुम 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 कार्मिकों 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.