

आई.डी. सं./I.D. No. ....

बैंक का नाम /Bank Name .....

**कार्यालय प्रधान महालेखाकार (लेखा एवं हकदारी) हरियाणा चंडीगढ़**  
**OFFICE OF THE PRINCIPAL ACCOUNTANT GENERAL (A &E) HARYANA CHANDIGARH**

1. सरकारी कर्मचारी का नाम, पदनाम एवं अनुभाग  
Name, Designation and Section of Govt. Servant.
2. जिस कार्यालय में तैनात है/Office in which employed.
3. सरकारी कर्मचारी का वेतन/Pay of Govt. Servant.
4. ड्यूटी का स्थान /Place of Duty.
5. वास्तविक आवासीय पता/Actual residential Address.
6. मरीज का नाम, आयु, सरकारी कर्मचारी से उसका संबंध  
Name, age of patient, his/her relationship with the Govt. Servant.  
(बच्चों के मामले में आयु, जन्म तिथि, विवाहित/अविवाहित, कार्यरत/बेरोजगार/का उल्लेख करें)  
(in case of children state age, DOB, married/unmarried, employed/unemployed)
7. बीमार पड़ने का स्थान/Place in which fell ill.
8. ए.एम.ए. का नाम एवं पदनाम/Name and Designation of A.M.A.
9. परामर्श/Consultation

(i) रु./Rs. .... दिनांक/Dt..... (ii) रु./Rs. .... दिनांक/Dt..... (iii) रु./Rs. .... दिनांक/Dt.....

इंजेक्शन आईएम/आईवी/एससी/Injection IM/IV/SC

(i) रु./Rs. .... दिनांक/Dt..... (ii) रु./Rs. .... दिनांक/Dt..... (iii) रु./Rs. .... दिनांक/Dt.....

कुल/TOTAL: .....

10. दावा की गई दवाओं की लागत/Cost of medicines claimed.
11. अग्रिम राशि घटाकर/Less Advance.
12. दावा की गई शुद्ध राशि/Net Amount claimed.

**सरकारी कर्मचारी द्वारा हस्ताक्षर किए जाने वाली घोषणा**  
**DECLARATION TO BE SIGNED BY THE GOVERNMENT SERVANT**

मैं एतद्वारा यह घोषणा करता/करती हूँ कि इस आवेदन में प्रस्तुत कथन मेरी/मेरे निजी ज्ञान एवं विश्वास के अनुसार सत्य है और जिस व्यक्ति के लिए व्यय का दावा किया गया है वह मुझ पर निर्भर है।

I hereby declare that the statement in this application is true to the best of my knowledge and belief and that the person for whom expenditure is claimed is dependent upon me.

सरकारी कर्मचारी के हस्ताक्षर/Signature of Govt. Servant



आई.डी. सं./I.D. No. ....

बैंक का नाम /Bank Name .....

**कार्यालय प्रधान महालेखाकार (लेखा एवं हकदारी) हरियाणा चंडीगढ़**  
**OFFICE OF THE PRINCIPAL ACCOUNTANT GENERAL (A &E) HARYANA CHANDIGARH**

**चिकित्सा दावे का विवरण/EXTRACT OF MEDICAL CLAIM**

1. सरकारी कर्मचारी का नाम, पदनाम, अनुभाग एवं वेतन  
Name of the Govt. servant together with designation, section and pay drawn.
2. रोगी का नाम तथा सरकारी कर्मचारी से उसका संबंध  
Name of the patient and his/her relationship with the Govt. servant.
3. निवास का पता एवं बीमार पड़ने का स्थान  
Residential address and place at which fell ill.
4. बीमारी का नाम तथा उपचार की अवधि के अनुसार प्रमाण पत्र 'क'  
Name of the disease and the period of treatment administered as shown in the certificate 'A'.
5. ए.एम.ए. का नाम तथा अस्पताल का नाम जिससे संबद्ध है  
Name of the A.M.A. and hospital to which attached.
6. ए.एम.ए. को अदा शुल्क/Fee paid to A.M.A.

परामर्श/Consultation

(i) रु./Rs. .... दिनांक/Dt..... (ii) रु./Rs. .... दिनांक/Dt..... (iii) रु./Rs. .... दिनांक/Dt.....

इंजेक्शन आईएम/आईवी/एससी/Injection IM/IV/SC

(i) रु./Rs. .... दिनांक/Dt..... (ii) रु./Rs. .... दिनांक/Dt..... (iii) रु./Rs. .... दिनांक/Dt.....

कुल/TOTAL: .....

निम्न प्रमाण पत्र में निर्धारित और खरीदी गई दवा का विवरण दिया गया है  
MEDICINE PRESCRIBED AND PURCHASED IN CERTIFICATE DETAIL GIVEN BELOW

विक्रेता का नाम/NAME OF DEALER	बिल की तिथि/Date of bill	दवा का नाम/Name of Medicine	राशि/Amount
--------------------------------	--------------------------	-----------------------------	-------------

कुल योग/Grand Total



सरकारी कर्मचारी द्वारा हस्ताक्षर किये जाने वाली घोषणा  
DECLARATION TO BE SIGNED BY THE GOVERNMENT SERVENT

मैं एतद्वारा यह घोषणा करता/करती हूँ कि इस आवेदन में दिया गया कथन मेरी/मेरे निजी ज्ञान एवं विश्वास के अनुसार सत्य है/ I hereby declare that the statement in this application is true to the best of my knowledge and belief.

सरकारी कर्मचारी का पूरा हस्ताक्षर/Full signature of the Govt. Servant.

प्रमाणित किया जाता है कि मैं, .....प्रधान महालेखाकार/(लेखा एवं हकदारी) हरियाणा, चंडीगढ़ के कार्यालय में कार्यरत हूँ और अपने एवं अपने परिवार/पति/पत्नी तथा अन्य पारिवारिक सदस्यों के लिए किसी अन्य स्रोत से चिकित्सा भत्ता नहीं ले रहा/रही हूँ।

Certified that I,.....employed in the O/o the A.G/ (A&E), Haryana, Chandigarh have not been availing medical allowance in lieu of myself and family/my spouse/spouse and other family members from any other source(s).

सरकारी कर्मचारी का पूरा हस्ताक्षर/Full signature of the Govt. Servant.

आवश्यक कार्रवाई हेतु प्रशासन II अनुभाग को प्रेषित/Forwarded to Admin. II section for necessary action.

सहायक लेखा अधिकारी/Assistant Account Officer

जांच की गई और रु. .... के लिए स्वीकृत  
Scrutinized and passed for Rs. ....

व.ले.अ. /Sr. A.O.



Certificate granted to Mrs./Mr./Miss.....

Wife/son/daughter of Mr. ....

employed in the.....

**प्रमाण-पत्र 'क'**  
**Certificate 'A'**

(उन रोगियों के मामले में भरा जाए जिन्हें इलाज के लिए अस्पताल में भर्ती न किया गया हो)

(To be completed in the case of patients who are not admitted to hospital for treatment)

में, डॉ०..... इनके द्वारा प्रमाणित करता हूँ :-

I, Dr. .... hereby certify:-

- (क) कि मैंने अपने परामर्श कक्ष में/रोगी के निवास स्थान पर (तारीखें दी जाएं).....  
को ..... परामर्श के लिए..... रुपये प्रभारित किए और प्राप्त किए।  
(a) that I charged and received Rs. ....for consultation  
on.....at my consulting room/at the residence of the patient.
- (ख) कि मैंने अपने परामर्श कक्ष में/रोगी के निवास स्थान पर (तारीखें दी जाएं).....  
को अन्तः पेशी/अघस्त्वक इंजेक्शन देने के लिए..... रुपये प्रभारित किए और प्राप्त किए।  
(b) that I charged and received Rs. .... for consultation  
on..... at my consulting room/at the residence of the patient for  
administering.....intra/muscular/sub-cutaneous injections on.....  
(date to be given)
- (ग) कि दिए गए इंजेक्शन रोग क्षमता या रोग निरोग के लिए थे/नहीं थे।  
(c) that the injections administered were/were not for immunizing or prophylactic purposes.
- (घ) कि रोगी का इलाज.....अस्पताल में/मेरे परामर्श कक्ष में हुआ है और इस सम्बन्ध में मेरे द्वारा नुस्खे में दी गई  
निम्नलिखित औषधियां रोगी की हालत को ठीक करने/गंभीर रूप से खराब होने से रोकने के लिए अनिवार्य थीं। ये  
औषधियां.....अस्पताल में प्राइवेट रोगियों को देने के लिए स्टॉक नहीं की जाती और उनमें से पेटेंट  
(एकायत) रोग शामिल नहीं है जिन के लिए समान चिकित्सा मान के सस्ते द्रव्य उपलब्ध हैं न ही ये रोग जो मूलतः खाद्य, श्रृंगार  
सामग्री अथवा निःसंक्रामक है।  
(d) that the patient has been under treatment at.....hospital/my consulting  
room and that the under mentioned medicines prescribed by me in this connection were essential  
for the recovery/prevention of serious deterioration in the condition of the patient. The medicines  
are not stocked in the (name of hospital).....for the supply to private patients  
and do not include proprietary preparation for which cheaper substances of equal therapeutic value  
are available nor preparations which are primarily foods, toilets or disinfectants.

क्रम सं० Sl.No.	औषधि का नाम Name of medicine	कीमत Price रु० पै० Rs. P.	क्रम सं० Sl. No.	औषधि का नाम Name of medicine	कीमत Price रु० पै० Rs. P.
1			6		
2			7		
3			8		
4			9		



ड कि रोगी.....से पीड़ित है/या और.....से.....  
तक मेरे इलाज में है/था।

(e) that the patient is/was suffering from.....  
is/was under my treatment from.....to.....

(च) कि रोगी की जन्म पूर्व अथवा जन्मोत्तर चिकित्सा की गई है/थी।

(f) that the patient is/was not given pre-natal or post-natal treatment.

(छ) कि जिन एक्सरे, प्रयोगशाला जांच आदि के लिए.....रुपये खर्च किए थे वे आवश्यक थे और वे मेरी सलाह से.....में किए गए थे।

(g) that X-ray, laboratory test etc. for which an expenditure of Rs..... was incurred were necessary and were undertaken on my advice at.....  
(name of the hospital or laboratory)

(ज) कि रोगी के विशेष परामर्श के लिए डॉ०.....के पास भेजा था और.....  
का (राज्य के मुख्य प्रशासनिक चिकित्सा अधिकारी का नाम)। नियमों के अनुसार यथापेक्षित आवश्यक अनुमोदन प्राप्त कर लिया था।

(h) that I referred the patient to Dr. .... for specialist consultation and that the necessary approval of the.....  
(name of the Chief Administrative Medical Officer)

as required under the rules was obtained.

(झ) कि रोगी को अस्पताल में रखना आवश्यक नहीं था/आवश्यक था।

(i) that the patient did not require/require hospitalization.

तिथि :—

चिकित्सा अधिकारी के हस्ताक्षर और पदनाम तथा हस्पताल/  
चिकित्सालय का नाम जिससे वह सम्बद्ध है।

Date :—

Signature & designation of the Medical Officer and  
the Hospital/Dispensary to which attached.

विशेष ध्यान दें :— जो प्रमाण-पत्र लागू नहीं, वे काट दिए जाने चाहिए। प्रमाण-पत्र (क) अनिवार्य हैं और चिकित्सा अधिकारी द्वारा उसे सभी मामलों में भरा जाना चाहिए।

N.B. — Certificates not applicable should be struck off. Certificate (a) is compulsory and must be filled by the Medical Officer in all cases.

क्र. सं.	रोगी का नाम	चिकित्सा अधिकारी का नाम	पदनाम	हस्पताल/चिकित्सालय का नाम



**कार्यालय प्रधान महालेखाकार (लेखा एवं हकदारी) हरियाणा चंडीगढ़**  
**OFFICE OF THE PRINCIPAL ACCOUNTANT GENERAL (A &E) HARYANA CHANDIGARH**

**निजी चिकित्सक द्वारा दिये जाने वाला अनिवार्यता का प्रपत्र**  
**FORM OF ESSENTIALITY TO BE GIVEN BY THE PRIVATE MEDIAL PRACTITIONER**

मैं प्रमाणित करता हूँ कि श्री/सुश्री/श्रीमती (रोगी का नाम) \_\_\_\_\_  
पुत्र/पुत्री/पत्नी/पति श्री \_\_\_\_\_ (यदि कर्मचारी ही रोगी है तो  
स्वयं लिखें) जो प्रधान महालेखाकार (लेखा एवं हकदारी) हरियाणा, चंडीगढ़ के कार्यालय में कार्यरत हैं, उसका  
\_\_\_\_\_ से \_\_\_\_\_ तक मेरे पास इलाज चल रहा था तथा वे  
\_\_\_\_\_ से पीड़ित थे।

Certify that Mr./Ms./Mrs. (Name of the patient) \_\_\_\_\_ son/daughter/wife/husband of Shri \_\_\_\_\_ (write self if the employee himself/herself is patient) who is employed in the office of P.A.G (A&E) Haryana, Chandigarh has been under my treatment from \_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_ and he/she was suffering from \_\_\_\_\_.

इस संबंध में मैंने रोगी की स्थिति में गंभीर गिरावट को रोकने/ठीक करने के लिए आवश्यक निम्नलिखित दवाएँ निर्धारित की थीं। इन दवाओं में स्वामित्व वाली दवाएं शामिल नहीं हैं जिनके लिए समान मूल्य के सस्ते पदार्थ उपलब्ध हैं, न ही ऐसी तैयारियां शामिल हैं जो प्राथमिक खाद्य पदार्थ, शौचालय या कीटाणुनाशक हैं।

The under mentioned medicines prescribed by me in this connection were essential for recovery/prevention of serious deterioration in the condition of the patient. The medicines do not include proprietary for which cheaper substances of equal value are available nor preparations which are primary foods, toilets or disinfectants.

मैंने परामर्श के लिए रु. \_\_\_\_\_ (तारीख दी जानी है) तथा इंजेक्शन/ IM/IV/SC के लिए रु. \_\_\_\_\_ का शुल्क लिया है।

I have charged Rs. \_\_\_\_\_ for consultation \_\_\_\_\_ (Date to be given) and Rs. \_\_\_\_\_ on account of injection IM/IV/SC administered.

क्र.सं./Sl. No.	दवा/ Medicine (बड़े अक्षरों में/in capital letters)	राशि/Amount
-----------------	---	-------------

मैंने मरीज को एक्स-रे, लैब, टेस्ट आदि के लिए \_\_\_\_\_ के पास रेफर किया, जिस पर \_\_\_\_\_ रुपये का व्यय हुआ।

I have referred the patient to \_\_\_\_\_ for X-Ray, Lab., Tests etc. for which expenditure of Rs. \_\_\_\_\_ was incurred.

डॉक्टर के हस्ताक्षर/ Signature of the Doctor  
उनकी मेडिकल योग्यता/ His medical qualification  
पंजीकरण संख्या/ With Regn. No.  
मेडिकल कॉलेज/ Medical College with  
जिसके साथ पंजीकृत है/ which registered \_\_\_\_\_



## प्रमाण-पत्र 'ख' / CERTIFICATE 'B'

(उन रोगियों के मामले में भरा जाए जिन्हें इलाज के लिए अस्पताल में भर्ती किया गया हो)  
(To be completed in the case of patients who are admitted to hospital for treatment)

.....में नियुक्त श्रीमती/श्री/कुमारी.....

पत्नी/पुत्र/पुत्री श्री.....को दिया गया प्रमाण-पत्र।

Certificate granted to Mrs./Mr./Miss.....

wife/son/daughter of Mr.....

employed in the.....

### भाग 'क' / PART 'A'

(अस्पताल में रोगी के प्रभारी चिकित्सा अधिकारी द्वारा हस्ताक्षर किए जाएं)  
(To be signed by the Medical Officer-in-Charge of the case at the Hospital)

मैं, डा०.....इसके द्वारा प्रमाणित करता हूँ :-

I, Dr.....hereby certify :-

(क) कि रोगी को.....के परामर्श/मेरे परामर्श से अस्पताल में भर्ती किया गया था ;

(चिकित्सा अधिकारी का नाम)

(a) That the patient was admitted to hospital on the advice of...../on my advice ;  
(Name of the Medical Officer) \*

(ख) कि रोगी इलाज के लिए.....में रहा है और कि इस संबंध में मेरे द्वारा नुस्खे में दी गई निम्नलिखित औषधों रोगी की हालत में सुधार लाने के लिए/गंभीर रूप से खराब होने से रोकने के लिए अनिवार्य थी, ये औषध.....अस्पताल में प्राइवेट रोगियों को

(अस्पताल का नाम)

देने के लिए स्टॉक नहीं की जाती और उसमें ये पेटेंट (एकायत) योग शामिल नहीं हैं जिनके लिए समान चिकित्सा मान के सरते द्रव्य उपलब्ध हैं। न ही वे योग जो मूलतः खाद्य, श्रृंगार सामग्री अथवा निःसंक्रामक हैं ;

(b) That the patient has been under treatment at.....and that the undermentioned medicines prescribed by me in this connection were essential for the recovery/prevention of serious deterioration in the condition of the patient. The medicines are not stocked in the.....

(Name of

.....for supply to private patients and do not include proprietary the Hospital)

preparations for which cheaper substances of equal therapeutic value are available not preparation which are primarily foods, toilets or disinfectants ;

क्रम सं० Sl.	औषधों का नाम Name of Medicines	कीमत Price		क्रम सं० Sl.	औषधों का नाम Name of Medicines	कीमत Price	
		रु०/Rs.	पै०/P.			रु०/Rs.	पै०/P.
1.				7.			
2.				8.			
3.				9.			
4.				10.			
5.				11.			
6.				12.			

(ग) कि दिए इंजेक्शन रोगक्षमता या रोग-निरोध के लिए थे/नहीं थे ;

(c) That the injections administered were/were not for immunising or prophylactic purposes ;

(घ) कि रोगी.....से पीड़ित है/था और.....से तक इलाज में है/था ;

(d) That the patient is/was suffering from.....and is/was under treatment from.....to.....



(ड) कि जिन एक्सरे प्रयोगशाला जांच आदि के लिए.....रुपये खर्च किए थे वे आवश्यक थे और वे मेरी सलाह से.....में किए गए थे ;

(अस्पताल या प्रयोगशाला का नाम)

(e) That the X-Ray, Laboratory test, etc., for which an expenditure of Rs.....was incurred were necessary and were undertaken on my advice at.....

(Name of Hospital or Laboratory)

(च) कि मैंने रोगी को विशेष परामर्श के लिए डा०.....के पास भेजा था और.....का नियमों के अनुसार यथापेक्षित आवश्यक

(राज्य के मुख्य प्रशासनिक चिकित्सा अधिकारी का नाम)

अनुमोदन प्राप्त कर दिया गया था।

(f) That I referred the patient to Dr.....for specialist consultation and that the necessary approval of the.....as

(Name of the Chief Administrative Medical Officer of the State)

required under the rules, was obtained ;

अस्पताल में रोगी के प्रभारी चिकित्सा अधिकारी के हस्ताक्षर  
और पदनाम  
Signature and Designation of the Medical Officer-in-Charge  
of the case at the Hospital

### भाग 'ख' /PART 'B'

मैं प्रमाणित करता हूँ कि रोगी इलाज के लिए.....अस्पताल में रहा है और कि विशेष परिचारिकाओं को जिन सेवाओं के लिए.....रुपये खर्च किए गये थे, देखिए संलग्न बिल तथा रसीदें, वे रोगी की हालत को ठीक करने/गंभीर रूप से खराब होने से रोकने के लिए अनिवार्य थी।

I certify that the patient has been under treatment at the.....hospital and that the service of the special nurses for which an expenditure of Rs.....was incurred, vide bills and receipts attached, were essential for the recovery/prevention of serious deterioration in the condition of the patient.

अस्पताल में रोगी के प्रभारी चिकित्सा अधिकारी के हस्ताक्षर  
Signature of the Medical Officer-in-Charge of the case  
at the Hospital

### प्रतिहस्ताक्षरित/COUNTERSIGNED

चिकित्सा अधीक्षक  
Medical Superintendent

अस्पताल  
Hospital

मैं प्रमाणित करता हूँ कि रोगी इलाज के लिए.....अस्पताल में रहा है और कि उसे जो सुविधाएं दी गई वे रोगी के इलाज के लिए अनिवार्य न्यूनतम सुविधाएं थी।

I certify that the patient has been under treatment at the.....hospital and that the facilities provided were the minimum which were essential for the patient's treatment.

स्थान  
Place

तारीख  
Date

चिकित्सा अधीक्षक  
Medical Superintendent  
अस्पताल  
Hospital

विशेष ध्यान दें :-जो प्रमाण-पत्र लागू न हों वे काट दिए जाने चाहिए। प्रमाण-पत्र 'घ' अनिवार्य है और यह सभी मामलों में चिकित्सा अधिकारी द्वारा भरा जाना चाहिए।

N.B. :-Certificates not applicable should be struck off. Certificate 'D' is compulsory and must be filled in by the Medical Officer in all cases.

प्रभासमुटेकोल/MGIPTKOl-27 Civil/2014-15-(C-27)-27-05-2016-2,50,000.