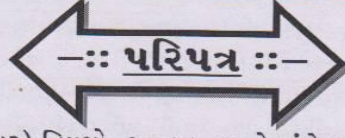


**કુલસચિવશ્રીની કચેરી,
નવસારી કૃષિ યુનિવર્સિટી, નવસારી**

વંચાણે લીધા:- આરોગ્ય અને પરિવાર કલ્યાણ વિભાગના પરિપત્ર ક્રમાંક એમએજી - ૨૦૦૦ -૨૬૨ - અ
તા.૦૧.૦૪.૨૦૦૦

સરકારી કર્મચારીઓ / અધિકારીઓનાં ખાસ કિસ્સામાં
તબીબી સારવારના ખર્ચને મંજૂરી આપવા બાબતની સૂચનાઓ



ગુજરાત રાજ્ય સેવા (તબીબી સારવાર) નિયમો, ૧૯૮૮ તથા તે અંગેના આનુષંગિક ઠરવો અન્વયે રાજ્ય સરકારશ્રીના કર્મચારી/ અધિકારીઓ/ પેન્શનરો તથા તેના કુટુંબીજનોની તબીબી સારવાર અને તેના ખર્ચના રીએમ્બર્સમેન્ટ માટે નિયમો સુનિશ્ચિત કરવામાં આવેલ છે. નિયમ-૧૫ (૬) મુજબ સરકારી કર્મચારીએ તેના કુટુંબ સહિત ખાનગી અથવા સખાવતી સંસ્થાઓ દ્વારા સંચાલિત હોસ્પિટલોમાં લીધેલ તબીબી સારવાર અંગે થયેલ ખર્ચને સરકારી હોસ્પિટલ / દવાખાનામાં લેવાતી ફીના નક્કી કરેલ ધોરણની મર્યાદામાં ખર્ચની રકમ ખાસ કેસમાં આરોગ્ય અને પરિવાર કલ્યાણ વિભાગમાંથી સેક્શન અધિકારીશ્રી, કૃષિ અને સહકાર વભાગ મારફતથી મેળવવાપાત્ર છે.

તબીબી સારવાર અંગે થયેલ ખર્ચના નાણાં મંજૂર કરવા બાબતે ચોક્કસ કાર્યપદ્ધતિ નક્કી કરવામાં આવેલ છે. પરંતુ અધિકારીશ્રીઓ / કર્મચારીશ્રીઓ/ પેન્શનરો સરકારશ્રીના આવા નિયમોથી અવગત ન હોવાથી લાભ લઈ શકતા નથી. તેમજ તબીબી સારવારના ખર્ચને મંજૂર મેળવવા અંગે દરખાસ્ત બાબતે પૂરી જાણકારી ન હોવાથી દરખાસ્તમાં રહેલ ક્ષતિઓને કારણે સારવાર પેટે થયેલ ખર્ચને મંજૂર મેળવવામાં ખૂબજ વિલંબ થાય છે. ઘણા બીલો બે થી ત્રણ વર્ષ જેટલો સમય મંજૂરી અર્થે થવા પામે છે.

સારવાર પેટે થયેલાં ખર્ચના રીએમ્બર્સમેન્ટ અંગે વિલંબ નિવારવા તથા વહીવટી એકસૂત્રતા જળવાઈ રહે તે દ્રષ્ટિએ નીચેની સૂચનાઓ પરિપત્રિત કરવામાં આવે છે. તેમજ અધિકારીશ્રીઓ / કર્મચારીશ્રીઓ / પેન્શનરો તરફથી રીએમ્બર્સમેન્ટ માટે કોઈપણ દરખાસ્ત મોકલતા પહેલા નીચે મુજબની સૂચનાઓની ચકાસણી કર્યાબાદ જ દરખાસ્ત અત્રે મોકલવી.

અ.નં.	તબીબી સારવારના ખર્ચના રીએમ્બર્સમેન્ટ અંગેની દરખાસ્ત બાબતે ધ્યાને લેવાની બાબતો
૧.	અધિકારીશ્રીઓ / કર્મચારીશ્રીઓ / પેન્શનરોએ રીએમ્બર્સમેન્ટ માટે તબીબી ભથ્થું મેળવવાનો વિકલ્પ સ્વીકારેલ છે કે કેમ તે ચકાસવું.
૨.	નાણાકીય વર્ષ માટે સ્વીકારેલ તબીબી ભથ્થાનો વિકલ્પ રદ કરીને મેડીકલ રીએમ્બર્સમેન્ટ વિકલ્પ સ્વીકારવાની શરતે ક્ષય, કેન્સર અને કીડનીના રોગોમાં બહારના દર્દી તરીકે સારવાર લીધેલ હોય તો પણ રીએમ્બર્સમેન્ટને પાત્ર ગણવાનું સરકારશ્રીએ ઠરાવેલ છે. જે થી સદર રોગોની દરખાસ્તમા મેડીકલ રીએમ્બર્સમેન્ટનો વિકલ્પ લીધેલ છે કે કેમ તે ચકાસવું.
૩.	નિયમ મુજબ તબીબી સારવાર પુરી થયાના ૬ માસની અંદર દરખાસ્ત રજૂ કરવાની રહે છે. નિયત સમય મર્યાદા બહાર રજૂ થયેલ કેસો વિચારણાને પાત્ર બનશે નહીં.
૪.	પેન્શનરોના કેસમાં દરખાસ્ત દર્દીના વારસદારે કરેલ હોય તો વારસદારનો રીએમ્બર્સમેન્ટ અંગેનો વિનંતી પત્ર સામેલ છે કે કેમ તે ચકાસવું.
૫.	સારવાર દરમિયાન દર્દીનું મૃત્યુ થયેલ હોય તો મૃત્યુનું પ્રમાણપત્ર રજૂ કરેલ છે કે કેમ તે ચકાસવું. તેમજ મૃત્યુના કેસમાં દરખાસ્ત વારસદારના નામે કરેલ છે કે કેમ તે ચકાસવું.
૬.	તબીબી સારવારના નિયમોના નિયમ-૧૫(૪)ની જોગવાઈ મુજબ ખાનગી હોસ્પિટલમાં મેળવવામાં આવેલ સારવારનો ખર્ચ ફક્ત અંદરના દર્દી તરીકે મેળવેલ સારવાર માટે જ મળવાપાત્ર થાય છે. જે થી ચકાસણી કરવી કે, અંદરના દર્દી તરીકે સારવાર લીધેલ છે કે બહારના દર્દી તરીકે સારવાર લીધેલ છે? તેમજ બહારના દર્દી તરીકે સારવાર લીધેલ હોય તેવા કેસો વિચારણાને પાત્ર બનશે નહીં.
૭.	અંદરના દર્દી તરીકે સારવાર લીધેલ હોયતો લીધેલ સારવારનો તારીખ થી તારીખનો ચોક્કસ સમય દર્શાવેલ છે કે કેમ તેમજ તેના આધાર - પૂરાવા ચકાસવા.

(૫૧૭૭)

૮.	આરોગ્ય અને પરિવાર કલ્યાણ વિભાગ દ્વારા નિયત થયેલ તા. ૦૧.૦૪.૨૦૦૦ નું ચેકલીસ્ટ સામેલ છે કે કેમ તે ચકાસવું. (ચેકલીસ્ટની નકલ સામેલ છે.)					
૯.	તબીબી સારવારના નિયમોના નિયમ-૧૦ હેઠળનું પરિશિષ્ટ-૨ અનુસુચિ-૧ નકલ સામેલ છે કે કેમ? તેમજ સદર અનુસુચિ-૧ માં અધિકૃત ચિકિત્સકની સહી અને સીકકો થયેલ છે કે કેમ તે ચકાસવું. (અનુસુચિ-૧ નો નમુનો સામેલ છે)					
૧૦.	ડૉક્ટર દ્વારા લખવામાં આવેલ દવાના પ્રિસ્ક્રીપ્શનની નકલ સામેલ છે કે કેમ તે ચકાસવું.					
૧૧.	ફક્ત મળવાપાત્ર દવાની યાદી (કેપીટલ અક્ષરોમાં) સામેલ છે કે કેમ તે ચકાસવું.					
૧૨.	દવાના અસલ બીલો રજૂ કરવાના રહે છે જે સામેલ છે કે કેમ તે ચકાસવું.					
૧૩.	ડીસચાર્જ સર્ટીફિકેટની નકલ સામેલ રાખવાની હોય છે જે છે કે કેમ તે ચકાસવું.					
૧૪.	દરખાસ્તમાં સામેલ દવાના બીલો તેમજ લીધેલ સારવારના ડીસચાર્જ સર્ટીફિકેટમાં તથા મળવાપાત્ર દવાના બીલની યાદીમાં અધિકૃત ચિકિત્સકની સહી અને સિકકા હોવા જરૂરી છે. જે થયેલ છે કે કેમ તે ચકાસવું.					
૧૫.	દરખાસ્તની ચકાસણીની સરળતા માટે પાના નંબર આપી. દવાની યાદીમાં સામેલ નામો મુબજ વ્યવસ્થિત તારીખ વાઈઝ દવાના તેમજ સારવારના બીલો ગોઠવી દરખાસ્ત કરવી. સામેલ બીલની અનુક્રમણીકા તૈયાર કરી મૂકવી. (અનુક્રમણીકાનો નમુનો નીચે મુજબનો રાખવો)					
	ક્રમ નંબર	બીલ નંબર	તારીખ	દવાનુંનામ	કીમત	વિશેષ નોંધ

અત્રેની યુનિવર્સિટીમાં તા.૦૧.૦૧.૨૦૧૪ થી તા.૨૮.૦૨.૨૦૧૫ સુધીમાં નીચેની વિગતેના અધિકારીશ્રીઓ / કર્મચારીશ્રીઓ / પેન્શનરોના તબીબી સારવારના ખર્ચના નાણાં આરોગ્ય અને પરિવાર કલ્યાણ વિભાગમાંથી સેક્શન અધિકારીશ્રી, કૃષિ અને સહકાર વિભાગ મારફત મંજૂર કરવામાં આવેલ છે.

અ. નં.	અધિકારી / કર્મચારી / પેન્શનરનું નામ	મંજૂરી અર્થે અત્રેથી દરખાસ્ત મોકલ્યાની તારીખ	મંજૂર થયાની તારીખ	સારવાર દરમ્યાન થયેલ ખર્ચ	મંજૂર થયેલ રકમ
૧.	ગં.સ્વ. સ્નેહાબેન આર. શાહ, પેન્શનર	તા.૦૩.૦૮.૨૦૧૧	તા.૦૮.૦૧.૨૦૧૪	રૂ. ૫૩,૨૨૬/-	રૂ. ૧૦,૩૫૧/-
૨.	શ્રીમતી ગીતાબેન એન. રાજપૂત, નિવૃત્ત હેડ ક્લાર્ક	તા.૦૮.૧૧.૨૦૧૨	તા.૦૮.૦૧.૨૦૧૪	રૂ. ૧,૫૮,૮૮૧/-	રૂ. ૭૦,૦૧૧/-
૩.	શ્રી બી.પી. પટેલ, નિવૃત્ત ખેતી નિરીક્ષક	તા.૦૮.૦૩.૨૦૧૨	તા.૦૬.૦૩.૨૦૧૪	રૂ. ૧,૦૮,૭૪૬	રૂ. ૬૬,૪૬૧/-
૪.	શ્રી આર.જી. પટેલ, સીનીયર ક્લાર્ક	તા.૨૧.૦૧.૨૦૧૩	તા.૧૦.૦૭.૨૦૧૪	રૂ. ૨૩,૬૬૦/-	રૂ. ૧૮,૮૨૦/-
૫.	ગં.સ્વ. હંસાબેન એમ. મહેતા, પેન્શનર	તા.૨૧.૦૩.૨૦૧૩	તા.૧૨.૦૮.૨૦૧૪	રૂ. ૨,૩૪,૪૮૪/-	રૂ. ૩૫,૫૬૮/-
૬.	શ્રી ડી.બી. ચાવડા, નિવૃત્ત સિનિયર રિસર્ચ આસિસ્ટન્ટ	તા. ૨૧.૦૩.૨૦૧૪	તા. ૧૪.૧૦.૨૦૧૪	રૂ. ૧,૧૮,૩૮૬/-	રૂ. ૮૬,૫૫૫/-
૭.	ડૉ. વી.ડી. જોષી, નિવૃત્ત પ્રધ્યાપક	તા. ૧૫.૦૩.૨૦૧૨	તા. ૦૭.૦૧.૨૦૧૫	રૂ. ૨૫,૨૦૦/-	રૂ. ૧,૫૦૦/-
૮.	શ્રી ચીમનભાઈ સુતરીયા, ખેતી અધિકારી	તા. ૧૮.૧૦.૨૦૧૪	તા. ૦૫.૦૨.૨૦૧૫	રૂ. ૩,૧૭,૫૧૫/-	રૂ. ૨,૭૩,૧૮૦/-
૯.	શ્રી એસ.જી. દેસાઈ, નિવૃત્ત મદદનીશ પ્રાધ્યાપક	તા. ૧૭.૦૪.૨૦૧૪	તા. ૨૦.૦૨.૨૦૧૫	રૂ. ૧,૬૪,૮૪૧/-	રૂ. ૮૨,૪૫૬/-
				કુલ રૂપિયા	૬,૫૬,૦૧૨/-

જા.નં.નક્યુ/રજી/અ-૩-૩/૨૮૨૬-૭૫/૨૦૧૫.
નવસારી. તારીખ:૦૫/૦૩/૨૦૧૫.

ઈ/ચા.કુલસચિવ

નકલ સવિનય રવાના :

અત્રેની યુનિવર્સિટીના યુનિટ અને સબ યુનિટ અધિકારીશ્રીઓ તરફ જાણ તથા ઉપરોક્ત પરિપત્રમાં જણાવ્યા અનુસાર અ.નં. ૧ થી ૧૫ મુજબની વિગતો ચકાસણી કર્યાબાદ જ દરખાસ્ત કરવા અમલ થવા સારું તેમજ તાબા હેઠળના તમામ અધિકારી / કર્મચારીશ્રીઓના ધ્યાને લાવવું.

(૩) પેન્શનરોના કિસ્સામાં આવી ખાસ પ્રકારની મંજૂરી માટેની રજૂઆતો બાબતે નાણા વિભાગના તા. ૭-૪-૬૯ ના ઠરાવ મુજબ સંબંધિત વહીવટી વિભાગે પ્રવર્તમાન નિયમોના પરિપ્રેક્ષ્યમાં ખાસ કિસ્સાની રજૂઆત ચકાસી આરોગ્ય અને પરિવાર કલ્યાણ વિભાગને દરખાસ્ત કરવાની રહેશે.

(૪) આરોગ્ય અને પરિવાર કલ્યાણ વિભાગને ખાસ કિસ્સામાં દરખાસ્ત કરતાં પહેલાં આ સાથે જોડેલ ચેકલીસ્ટમાં દર્શાવેલા મુદ્દાઓની વિગત સાથે અત્રે દરખાસ્ત કરવાની રહેશે.

૨. સરકારી કર્મચારીઓ/પેન્શનરો તરફથી કમિશનરશ્રી આરોગ્ય સેવાઓ, ગાંધીનગરને સીધેસીધી કરવામાં આવતી રજૂઆતો કે જે, તે કચેરીના ક્ષેત્રાધિકારમાં આવતી ન હોય તેવી તમામ રજૂઆતો કમિશનર કચેરીએ જે તે કર્મચારીના સંબંધિત વહીવટી વિભાગને તથા પેન્શનર કિસ્સામાં નિયામકશ્રી, હિસાબ અને તિજોરી કચેરીને મોકલવાની રહેશે.

૩. માનનીય મંત્રીશ્રીઓના કાર્યાલયને મળતી આવી પ્રત્યેક રજૂઆત જે તે કર્મચારી/અધિકારીના વહીવટી વિભાગને સંબંધિત મંત્રીશ્રીઓના અંગત સચિવશ્રી/અંગત મદદનીશોએ મોકલવાની રહેશે.

આ પરિપત્ર આ વિભાગની સરખા ક્રમાંકની ફાઈલ પર નાણાંકીય સલાહકારશ્રીની તા. ૧૯-૨-૨૦૦૦ ની નોંધથી મળેલ સંમતિથી બહાર પાડવામાં આવે છે.

આ. અને પ. ક. વિ. ના પરિપત્ર ક્રમાંક : એમએજી-૨૦૦૦-૨૬૨-અ,

તા. ૧-૪-૨૦૦૦ ના પરિપત્રનું બિડાણ (ચેકલીસ્ટ)

૧. નિયમ-૧ (૪) હેઠળ તબીબી સારવારના નિયમો આ કિસ્સામાં લાગુ પડે છે કે કેમ ?
૨. નિયમ-૨ (૨) હેઠળ અરજદાર કર્મચારી કુટુંબના સભ્ય કુટુંબની વ્યાખ્યામાં આવે છે કે કેમ ?
૩. નિયમ-૫ હેઠળ કર્મચારીના મુખ્ય મથકે સરકારી હોસ્પિટલ/દવાખાનું ઉપલબ્ધ હોય તેમ છતાં જીલ્લાની અંદરની અન્ય હોસ્પિટલમાં સારવાર લેવા માટે અધિકૃત ચિકિત્સકની ભલામણ કે અધિક નિયામકશ્રી (તબીબી સેવાઓ) ગાંધીનગરની પૂર્વમંજૂરી મેળવેલ છે કે કેમ ?
૪. નિયમ-૮ (૧) (ગ) હેઠળ રાજ્ય બહારની હોસ્પિટલમાં સારવાર લેતાં પહેલાં અધિકૃત ચિકિત્સકની ભલામણ તથા અધિક નિયામકશ્રી (તબીબી) ની પૂર્વમંજૂરી મેળવવામાં આવી છે કે કેમ ? જો ના, તો ઈમરજન્સીમાં રાજ્ય બહારની હોસ્પિટલમાં સારવાર લેવાના સબળ કારણો.
૫. નિયમ-૧૦ હેઠળ અનુસૂચિ-૧ માં કલેમ રજૂ કરેલ છે કે કેમ ?
૬. નિયમ-૧૧ હેઠળ કલેમ સમય મર્યાદામાં રજૂ કરવામાં આવેલ છે કે કેમ ? જો ના, તો તે અંગેના કારણો.
૭. નિયમ-૧૫ હેઠળ તબીબી ભથ્થું રોકડમાં મેળવવા અથવા તબીબી સારવારના ખર્ચનું રીએમ્બર્સમેન્ટ સિકલ્પ આપેલ છે કે કેમ ?

૮. નિયમ-૧૬ હેઠળ શારિરિક ખોડખાંપણવાળા અપંગ કર્મચારીઓના કિસ્સાઓમાં અપંગપણા માટે અધિકૃત ચિકિત્સકનું મેળવેલ છે કે કેમ ?
૯. નિયમ-૧૫ (૬) અથવા નિયમ-૧૭ (૨) હેઠળ વિભાગના સચિવશ્રીને ખાસ કિસ્સામાં મંજૂરી આપવાનું ઉચિત જણાતું હોય તો તે અંગેના સ્પષ્ટ કારણો સાથેની ભલામણ પેન્શનરોના કિસ્સામાં આ નિયમ હેઠળ જો ભલામણ ઉચિત જાય તો નિયામકશ્રી, હિસાબ અને તિજોરી કચેરીએ ખાસ કિસ્સાની ભલામણનાં સ્પષ્ટ કારણો સાથે અત્રે દરખાસ્ત કરવાની રહેશે.

52

આ. પ. ક. વિ. નો ઠરાવ ક્રમાંક : સીએચએ-૧૦૯૯-૫૧૨૦-૪, તા. ૩૧-૫-૨૦૦૦

મેડીકલ કોલેજ સંલગ્ન હોસ્પિટલોમાં હોસ્પિટલ

ફી ચાર્જસ તથા સ્પેશ્યલ રૂમ ચાર્જસ નક્કી કરવા બાબત

વંચાણામાં લીધો : અધિક નિયામકશ્રી, તબીબી શિક્ષણ, ગાંધીનગરના પત્ર ક્રમાંક : ડી-૨-ફી-ચાર્જસ-૯૯, તા. ૧૫-૨-૯૯, તા. ૧૧-૧-૨૦૦૦, તા. ૨૨-૨-૨૦૦૦.

મેડીકલ કોલેજ સંલગ્ન હોસ્પિટલોમાં તાજેતરમાં એમ.આર.આઈ., સી.ટી.સ્કેન વિગેરે જેવા અદ્યતન સાધનો વસાવવામાં આવ્યા છે તેના ઉપયોગ માટે ફીના દર નક્કી કરવાની તથા સ્પેશ્યલ રૂમનો દર નક્કી કરવાની બાબત વિચારણા હેઠળ હતી. કાળજીપૂર્વકની વિચારણાની અંતે સરકાર નીચે મુજબના દરો નક્કી કરવાનું ઠરાવે છે :-

ક્રમ	આઈટમ	ફીના દર (રૂપિયા)		
		ઓ.પી.ડી.	જનરલ વોર્ડ	સ્પે. વોર્ડ
૧.	એમ.આર.આઈ. (પ્લેન)	૨૦૦૦	૨૦૦૦	૩૦૦૦
૨.	એમ.આર.આઈ. (કોન્ટ્રાક્ટ સાથે)	૩૦૦૦	૩૦૦૦	૪૦૦૦
૩.	સી.ટી. સ્કેન	૧૦૦૦	૧૦૦૦	૧૨૦૦
૪.	કલર ડોપ્લર	૨૦૦	૧૦૦	૨૦૦
૫.	લીથો ટ્રેપ્સી	૩૦૦૦	૩૦૦૦	૪૦૦૦
૬.	યુરો એમ.આર.એફ.	૫૦૦	૫૦૦	૭૦૦
૭.	સ્પે. રૂમ્સ (નોન એ.સી.)			૭૫
	સ્પે. રૂમ્સ (એ.સી.)			૩૦૦
	સ્પે. રૂમ્સ (ડીલક્ષ)			૮૦૦
	સ્પે. રૂમ્સ (સુપર ડીલક્ષ)			૧૦૦૦

૨. મારા/મારી પતિ / પત્નિ / ભાઈ / બહેન / પિતા / માતા / પુત્રી / પુત્ર નામે.....
તે..... ની કચેરી/વિભાગમાં રાજ્ય સરકારના કર્મચારી/પેન્શનર છે. ગુજરાત રાજ્ય
સેવા (તબીબી સારવાર) નિયમ, ૧૯૮૮ લાગુ પડે છે. તથા તેમણે/તેણીએ 'તબીબી ભથ્થું ૧૯૮૮
લાગુ પડે છે. તથા તેમણે/તેણીએ 'તબીબી ભથ્થું મેળવવાનો વિકલ્પ આપેલ છે./નથી.

આપનો/આપની વિશ્વાસુ,

તારીખ

સહી :.....

સ્થળ :

નામ :.....

(બ) સંબંધિત કર્મચારીના કચેરી/વિભાગે ભરવાની વિગત :

ઉપર (અ) માં દર્શાવ્યા મુજબના શ્રી/શ્રીમતી/કુ.....આ કચેરી/વિભાગમાં
તા..... સેવા બજાવે છે/બદલી/પ્રતિનિયુક્તિ નવી/નિમણૂક/પામ્યા છે અને તેમને/તેણીને
તબીબી ભથ્થું મેળવવા અંગેનો વિકલ્પ આપ્યો છે તે ચકાસતા બરોબર જણાય છે/બરોબર
જણાતો નથી.

૨. આથી તેમને/તેણીને તબીબી ભથ્થું મેળવવાનો વિકલ્પ આપેલ છે. તે ગ્રાહ્ય રાખવામાં
આવે છે/આવતો નથી.૧૬.....થી.....૧૬.....ના નાણાંકીય વર્ષ માટે
મહિનાથી તેમને/તેણીને તબીબી ભથ્થું મંજૂર કરવામાં આવે છે/આવતું નથી.

૩. સંબંધિત કર્મચારી વિકલ્પની નોંધ સર્વિસ કાર્ડ / સેવાપોથી / સર્વિસ રોલ / હંગામી
રજિસ્ટરમાં છે.

(નિયંત્રણ સત્તાધિકારીની સહી)

નોંધ : ઉપરના અ (૨) ની વિગત જે કર્મચારીઓને લાગુ પડતી હશે તેવા, કર્મચારીઓના કિસ્સામાં
સંબંધિત કર્મચારીના નિયંત્રણ સત્તાધિકારીઓએ કર્મચારીઓના વિકલ્પની એક-એક નકલ
પરસ્પર અદલાબદલીથી મોકલી આપવાની રહેશે.

પરિશિષ્ટ-૨ અનુસૂચિ-૧ (નિયમ-૧૦ હેઠળ)

(દરેક દર્દી દીઠ અલગ-અલગ ભરવું)

૧. સરકારી કર્મચારીનું પૂરેપૂરું નામ :

હોદ્દો :

પગાર :

૨. કચેરી/વિભાગનું નામ :
૩. તાત્કાલિક ફરજ પર હોય તે સ્થળનું નામ :
૪. નિવાસ સ્થાનનું સરનામું
૫. માંદગી સમયના સ્થળનું નામ :
૬. દર્દીનું નામ, ઉંમર અને કર્મચારી સાથેનો સંબંધ
૭. જ્યાં સારવાર લીધી હોય તે દવાખાનું/હોસ્પિટલનું નામ અને વિગત :
 (અ) સરકારી :
 (બ) સરકાર માન્ય :
 (ક) અન્ય :

૮. બહારના/અંદરના દર્દી તરીકે સારવાર લીધી હોય તેની વિગત :

૯. તબીબી સારવાર પૂરી પાડનાર તબીબ કે તબીબી અધિકારીએ આપવાના પ્રમાણપત્રનો નમૂના :

આથી હું પ્રમાણિત કરું છું કે, શ્રી/શ્રીમતી/કુમારી.....તે.....માં નોકરી કરતા શ્રી.....ના પુત્ર/પુત્રી/પતિ/પત્ની/.....હોસ્પિટલ/દવાખાનું/માફે કન્સલ્ટીંગ રૂમ ખાતે.....થી.....સુધી.....રોગ માટે મારી સારવાર હેઠળ છે અને મેં લખી આપેલી દવા હાલત સુધારવા/વધુ ગંભીર થતી અટકાવવા માટે જરૂરી હતી. સામાન્ય રીતે સ્ટોકમાં રાખવામાં આવતી નથી/સામાન્ય રીત સ્ટોકમાં રાખવામાં આવે છે. એવી દવાઓ હોસ્પિટલમાં સ્ટોકમાં નથી અને તેમાં જેના માટે એટલા જ ઔષધીય મહત્વ ધરાવતો સસ્તો પદાર્થ પ્રાપ્ય હોય એવી સ્વામીત્વવાળી બનાવટો તેમજ પ્રાથમિક રીતે ખોરાક, ટોનિક પ્રસાધનો કે જંતુનાશક હોય એવી બનાવટોનો સમાવેશ થતો નથી. રોગ.....અનિયમિત કે અસંપૂર્ણ ટેવોથી પ્રત્યક્ષ રીતે થયેલ કે વધેલ ઉગ્ર બનેલ છે/ નથી.

ચૂકવેલ રકમ

મળવાપાત્ર રકમ

૩.

૩.

૧૦. વિગત

(ક) દવાનું નામ

(ખ) તબીબી સારવાર દરમ્યાન હોસ્પિટલમાં

દા.ત. ૧. ઓપરેશન

૨. લેબોરેટરી ખર્ચ

વગેરે આઈટમ મુજબ દર્શાવવી.

(ગ) કુલ

(ઘ) અમ

(ચ) ચોખ

સહી :

નામ :

અધિકૃત ચિહ્નિત

સામી સહી અને

(૧) આથી હું

સત્ય છે

આશ્રિત છે

(૨) મેં તબીબી

(૩) મેં/મારા

હોસ્પિટલ

સ્થળ :

તારીખ :

૧. સરકારી

હોદ્દો :

૨. તબીબી

દર્દીનું નામ/ઉંમર

અને કર્મચારી

સાથેનો સંબંધ

<u>ચૂકવેલ રકમ</u>	<u>મળવાપાત્ર રકમ</u>
૩.	૩.
<p>(ગ) કુલ રકમ માટે દાવો:</p> <p>(ઘ) અમાન્ય દવાઓ તથા નહીં મળવાપાત્ર કુલ ખર્ચ:</p> <p>(ચ) ચોખ્ખી મળવાપાત્ર કુલ રકમ :</p>	
અંકે	શબ્દોમાં
સહી :	સહી :
નામ :	નામ :
અધિકૃત ચિકિત્સકની	હોસ્પિટલ ખાતે કેસનો હવાલો ધરાવતા
સામી સહી અને સિક્કા	તબીબી અધિકારીની સહી અને નામ
સરકારી કર્મચારીનું કબુલાતનામું	
<p>(૧) આથી હું જાહેર કરું છું કે મારા જ્ઞાન અને ધારણા મુજબ આ અરજીપત્રમાં દર્શાવેલ વિગતો સત્ય છે અને જેના માટે તબીબી સારવારનો ખર્ચ થયો છે તે વ્યક્તિ સંપૂર્ણપણે મારા આશ્રિત છે.</p> <p>(૨) મેં તબીબી ભથ્થું સ્વીકારવાનો વિકલ્પ આપેલ છે/નથી.</p> <p>(૩) મેં/મારા આશ્રિતને અનુસૂચિમાં દર્શાવેલ સમય દરમિયાન તબીબી/આયુર્વેદિક દવાખાના/ હોસ્પિટલમાં સારવાર લીધેલ છે/નથી.</p>	
સ્થળ :	સહી :.....
તારીખ :	સરકારી કર્મચારીનું નામ.....
	વિભાગ/કચેરીનું નામ.....

પરિશિષ્ટ-૩

૧. સરકારી કર્મચારીનું નામ :

હોદ્દો :

૨. તબીબી ભથ્થું મેળવવાનો વિકલ્પ સ્વીકારેલ છે/નથી

દર્દીનું નામ/ઉંમર અને કર્મચારી સાથેનો સંબંધ	માંદગીનું નામ, સમયગાળો અને જેમની સારવાર હેઠળ હોય તે તબીબી કે ત. અ. નું નામ	સરકારી કર્મચારીએ મજરે મેળવેલ રકમ (રૂ.)	જે બિલ મારફત રકમ (સરકારની) તિજોરીમાંથી, ઉપાડી હોય તેનો બિલ નં. અને વિગત	એક નાણાંકીય વર્ષમાં મજરે મેળવેલ રકમ (રૂ.)	વિશેષ નોંધ
૧	૨	૩	૪	૫	૬