

सेवा-निवृत्त कर्मचारियों/मृतक सेवानिवृत्त कर्मचारियों के पति/पत्नी के ओपीडी उपचार हेतु प्रतिपूर्ति दावे के लिए प्रोफार्मा

प्रमाणित किया जाता है कि मैंने निम्न अवधि के दौरान ओपीडी खर्च के लिए चिकित्सा पर ..... रु0 से अधिक राशि खर्च की है:-

अप्रैल से मार्च  
अप्रैल से सितम्बर  
अक्टूबर से मार्च

मेरा चिकित्सा पत्रक सं. .... है।

मेरा बैंक खाता नं0..... भारतीय स्टेट बैंक में (शाखा का नाम).....में है।

अनुरोध है कि मुझे.....रु की राशि की प्रतिपूर्ति की जाए।

आगे यह प्रमाणित किया जाता है कि मेरी पति/पत्नी जीवित\* हैं/जीवित\*नहीं हैं।

मैं प्रमाणित करता हूँ कि मैं लाभ प्राप्त कर्मचारी नहीं हूँ/लाभ प्राप्त कर्मचारी हूँ किन्तु मुझे अपने वर्तमान नियोक्ता से चिकित्सा सुविधा प्राप्त नहीं है। (प्रमाणपत्र सलंगन है)।

प्रमाणित किया जाता है कि मेरे पति/पत्नी कार्यरत नहीं हैं/कार्यरत हैं किन्तु अपने नियोक्ता से चिकित्सा सुविधा नहीं ले रहे हैं (प्रमाणपत्र सलंगन है)/कार्मिक प्रभाग में पहले से उपलब्ध हैं।

मैं वचन देता हूँ/देती हूँ कि मुझे चिकित्सा पत्रक जारी होने का आवेदन प्रस्तुत करते समय मेरे द्वारा दिए गए ब्यौरे में कोई परिवर्तन नहीं हुआ है।

हस्ताक्षर.....

(सेवानिवृत्त) कर्मचारी का नाम:.....

मृतक कर्मचारी के पति/पत्नी का नाम:.....

निवास का पता:.....

मोबाईल / फोन नं0:.....

01-04-2012 से संशोधित सीमा

क्र0सं0	पदनाम	राशि
1.	ग्रेड-1 से व.का.प्र.-1	₹ 15,000/- प्रति वर्ष
2.	व.का.प्र./सहायक प्रबंधक/उप-मुख्य प्रबंध.(वित्त/विप)	₹ 18,000/- प्रति वर्ष
3.	संयुक्त महा-प्रबंध0/महा प्रबंध0/ मु0 महा. प्रबंध0	₹ 22, 500/- प्रति वर्ष
4.	निदेशक/अध्यक्ष एवं प्रबंध निदेशक	₹ 30,000/- प्रति वर्ष

जो लागू न हो उसे काट दें

**PROFORMA FOR CLAIMING REIMBURSEMENT FOR O.P.D. TREATMENT FOR  
' RETIRED EMPLOYEES/SPOUSE OF DECEASED RETIRED EMPLOYEES**

Certified that I have spent more than ₹ \_\_\_\_\_ on Medical as OPD expenses during the period:

April to March  
April to September  
October to March

My Medical card No.is.....

My S.B. A/c. No. in State Bank of India is.....

in .....(Name of Branch).

I request that an amount of ₹ \_\_\_\_\_ may kindly be reimbursed to me.

Further, it is certified that my spouse is alive\*/not alive.

I certify that I am not gainfully employed/gainfully employed but not availing medical facility from my present employer (certificate enclosed).

It is certified that my spouse is not employed/employed but not availing medical facility from his/her employer (certificate enclosed)/already available with Personnel Division.

I undertake that there is no change in the particulars furnished by me at the time of submitting my application for issuance of medical card to me.

Signature:.....

Name of Employee (retd.):.....

Name of spouse of  
deceased employee:.....

Residential Address:.....

.....

.....

Mob.No./Phone No.:.....

**REVISED CEILING WITH EFFECT FROM 01-04-2012**

Sl.No.	Designation	Amount
1.	Grade-I to SOM-I	₹ 15,000/-Per Annum
2.	SOM-II/AM to DGMs	₹ 18,000/-Per Annum
3.	JGM/GMs/CGMs	₹ 22,500/-Per Annum
4.	Directors/CMD	₹ 30,000/- Per Annum

**\*STRIKE OUT WHICH IS NOT APPLICABLE**