

અરજદાર શ્રી.....જેઓ
 ખાતામાં.....તરીકે કામ કરે છે. તેઓએ પોતે
 તથા / અથવા તેમના આશ્રિત.....જેઓ તેમના.....થાય છે. તેમણે
હોસ્પિટલમાં તારીખ.....થી તારીખસુધી સારવાર
 લીધેલ છે. તેમની સારવાર દરમ્યાન હોસ્પિટલ તરફથી લખી આપેલ દવા / ઈન્જેક્શન / ટેબ્લેટસ
 બહારથી તેમના ખર્ચે લાવવામાં આવેલા. જેના બીલ આ સાથે સામેલ છે. તે અંગેનું પ્રમાણપત્ર આપવામાં
 આવે છે કે:-

અ. નં.	બીલ નંબર	રકમ રૂ.	કપાત રૂ.	કુલ રકમ રૂ.	અ. નં.	બીલ નંબર	રકમ રૂ.	કપાત રકમ રૂ.	કુલ રકમ રૂ.
૧					૬				
૨					૭				
૩					૮				
૪					૯				
૫					૧૦				
કુલ.....બીલો કુલરકમ.....રૂ.અંકે રૂપિયા.....									

- (૧) દર્દીએ રજુ કરેલ બીલ નંબર.....થી.....આ હોસ્પિટલ તરફથી લખી આપેલ પ્રીસ્ક્રીપ્શન મુજબની દવા અંગેના છે.
- (૨) દર્દીએ લાવેલ દવાઓ / ઈન્જેક્શન વિ. માન્ય મ્યુસિસિપલ હોસ્પિટલના મેડીકલ ઓફિસરના પ્રીસ્ક્રીપ્શનના આધારે લાવેલા છે અથવા તેમજ માન્ય હોસ્પિટલના કન્સલ્ટીંગ ડોક્ટરોના પ્રીસ્ક્રીપ્શનના આધારે લાવવામાં આવેલ છે.
- (૩) પ્રીસ્ક્રાઇબ કરવામાં આવેલ દવા/ઈન્જેક્શન, ટેબ્લેટસ વિ.નો શીડ્યુલ ૧ તથા ૨ માં સમાવેશ થતો નથી.
- (૪) પ્રીસ્ક્રાઇબ કરી આપેલ દવા ઈન્જેક્શનો, ટેબ્લેટસ વિ.નો શીડ્યુલ ૧ તથા ૨ ની દૈષ્ટિ છે પરંતુ તે અત્રેની હોસ્પિટલમાંથી આપય છે.
- (૫) પ્રીસ્ક્રાઇબ કરવામાં આવેલ દવાઓ વિ.હોસ્પિટલ શીડ્યુલમાં નથી પરંતુ કન્સલ્ટન્ટના અભિપ્રાય મુજબ દર્દીના દર્દ નિવારણની જિંદગી બચાવવા અનિવાર્ય છે.
- (૬) સારવાર દરમ્યાન દવાઓનો કમિશનરશ્રીની સૂચના મુજબ (સેન્ટ્રલ ઓફિસ ઈન્વર્ડ નં, ૫૦૬ તા.૦૭-૦૬-૨૦૦૩ અનુસાર) અમાન્ય દવાઓની યાદીમાં સમાવેશ થતો નથી.

સુપ્રિન્ટેન્ડેન્ટ(આર.એમ.ઓ)

તારીખ:.....

એનેક્ષર -એ

તારીખ.

૧. કર્મચારીશ્રી નું નામ :-.....
 ૨. ખાતાનું નામ :- હોદ્દો એમ્પ્લોઈ નંબર :-
 ૩. દર્દીનું નામ :- ઉમર:-
 ૪. દર્દી આશ્રિતની વ્યાખ્યામાં આવે છે કે કેમ ? :- દર્દીનો વૈવાહિક દરજ્જો.....
 ૫. કર્મચારી ની સાથે રહેતા પતિ/ પત્ની સરકારી કે અર્ધસરકારી નોકરી કરે છે/પેન્શન મેળવે છે કે કેમ ?
.....જો હા, તો તેઓનું ખાતું.....હોદ્દો..... મેડીકલ એલાઉન્સ મેળવે છે . .
.. (પુરાવો રજૂ કરવો)
 ૬. સારવાર લીધેલ હોસ્પિટલનું નામ :-
 ૭. બિમારીનો પ્રકાર :-
 ૮. સારવાર કરનાર તબીબશ્રીનું નામ :-
 ૯. ચાલુ વર્ષે સ્વીકારેલ વિકલ્પ :-
 ૧૦. રજૂ કરેલા બિલના સારવારનો સમયગાળો (તારીખ મુજબ):-થી.....
 ૧૧. અગાઉ રજૂ કરેલ બિલોના સારવારનો સમયગાળો(તારીખ મુજબ) :-.....થી.....
- મે. સાહેબશ્રી,

ઉપરોક્ત હકીકતથી વિદીત થઈને મારે મારી પોતાની અથવા/ અને મારા આશ્રિત

જેઓ મારા થાય છે, આ સાથે સામેલ તારીખ મુજબ અને તે અંગે દવાના કેશ મેમોના અનુક્રમ નં.....થી.....નું રૂા.....(અંકે રૂપિયાપુરા) નું ખર્ચ થયેલ છે. જેના અસલ બિલો તથા આર.એમ.ઓ.શ્રી / એમ.ઓ.એચ.શ્રી નું નમૂનાનું સર્ટીફિકેટ આ સાથે સામેલ છે. જે ધ્યાને લઈને મ્યુનિસિપલ કોર્પોરેશનના નિતિ-નિયમ મુજબ મળવાપાત્ર રકમનું રીઅમ્બર્સમેન્ટ આપવા વિનંતી છે. મ્યુનિસિપલ કોર્પોરેશનના મેડીકલ રીઅમ્બર્સમેન્ટ અંગેના નિયમ બાબતે મારી સમંતિ દર્શાવુ છું. જે અન્વયે અમાન્ય દવાની રકમ બાદ થાય તો મને વાંધો નથી.

ફોન નંબર/ મોબાઈલ નંબર :-

કર્મચારીશ્રીની સહી

એનેક્ષર - 'બી'

૧. દરેક અધિકારીશ્રી / કર્મચારીશ્રીએ અને પેન્શનરશ્રીએ પ્રિસ્ક્રિપ્શન અને દવાના બીલો કોરા કાગળ ઉપર ચોંટાડયા બાદ દવાના બીલોમાં, દવાના બીલોના તારીખમાં તથા નમૂના મુજબના સર્ટિફિકેટમાં આર.એમ.ઓશ્રીના સહી-સિક્કા કરાવવાના રહેશે. આ સહી-સિક્કા કરાવતી વખતે દવાના નામ, તેનો જથ્થો તથા રકમ વાંચી શકાય તેનું ખાસ ધ્યાન રાખવાનું રહેશે.
૨. સારવાર કે દવા લીધા બાદ વધુમાવધુ ૫ થી ૬ માસ દરમ્યાન દવાના બિલો રીઅમ્બર્સમેન્ટ અર્થે રજૂ કરવાના રહેશે.
૩. મેડીકલ રીઅમ્બર્સમેન્ટ અંગેનો દાવો રજૂ કરનાર દરેક કર્મચારીશ્રી / પેન્શનરશ્રીએ પોતાની ઓ.પી.ડી. સારવાર પુસ્તિકા સક્ષમ તબીબશ્રી પાસે પ્રિસ્ક્રિપ્શન મુજબ દવાઓ અવશ્ય લખાવવાની રહેશે તથા આ સારવાર પુસ્તિકા નિયમાનુસાર વખતોવખત નવી મેળવી લેવાની રહેશે. તદ્ઉપરાંત પોતાની હેલ્થ બુકમાં રીઅમ્બર્સમેન્ટની રકમની નોંધ કરાવીને આર.એમ.ઓશ્રીના સહી-સિક્કા કરાવવાના રહેશે.
૪. બીલ-ક્લાર્કશ્રીએ કર્મચારીશ્રીના એનેક્ષર-‘એ’ મુજબના અરજી ફોર્મ તથા પેન્શનરશ્રીના નિયત અરજી ફોર્મની સાથે રજૂ થયેલા પેપર્સ તથા વાઉચરો સારવાર પુસ્તિકા તથા હેલ્થ બુક સાથે ચકાસીને તે અંગે બીલ ઉપર સર્ટિફિકેટ આપવાનું રહેશે તથા નાણાં ખાતે ચેકીંગની કામગીરી દરમ્યાન જરૂર મુજબ અસલ હેલ્થબુક, સારવાર પુસ્તિકા તથા આશ્રિતની આવકના પુરાવા રજૂ કરવાના રહેશે.
૫. દરેક કર્મચારીશ્રીએ અને પેન્શનરશ્રીએ પોતાની અરજીની સાથે દરેક બિમારી માટે અલગથી એનેક્ષર-‘એ’ નું વિગત ભરેલું ફોર્મ અચૂક સામેલ કરવાનું રહેશે.
૬. અલગ-અલગ રોગની સારવારના બીલ મુકેલ હોય તો તે મુજબ અલગ-અલગ એન્ટ્રી હેલ્થ પુસ્તિકામાં કરવાની રહેશે.
૭. અ.મ્યુ.કોની હોસ્પિટલમાં જે ટેસ્ટ તથા ઇન્વેસ્ટીગેશન ઉપલબ્ધ ન હોય તેના માટે આર.એમ.ઓ શ્રી દ્વારા “Not Available” સર્ટિફિકેટ રજૂ કરવાનું રહેશે.
૮. અ.મ્યુ.કોની હોસ્પિટલ સિવાયની અન્ય હોસ્પિટલમાં મેળવેલ સારવારના રીઅમ્બર્સમેન્ટ માટે જે તે હોસ્પિટલની ડીસ્ચાર્જ સમરી તથા સર્ટિફિકેટ તથા તમામ બીલોમાં સહી- સિક્કા કરાવવા.
૯. જ્યારે હેલ્થ પુસ્તિકામાં નવા પાનાની એન્ટ્રી આવે ત્યારે તેના અગાઉના પાનાની નકલ રજૂ કરવાની રહેશે.
૧૦. કર્મચારીશ્રી / પેન્શનરશ્રીના આશ્રિત માતા / પિતાની સારવારનું રીઅમ્બર્સમેન્ટ મેળવવા માટે તેઓશ્રીના એક સાથે રહેતા હોવા અંગેના પુરાવા રજૂ કરવાના રહેશે.
૧૧. મેડીકલ સ્ટોર્સમાંથી લીધેલ દવાના બીલમાં બીલનંબર, ડ્રગ લાઈસન્સ નંબર, દવાનો બેચ નંબર તથા એક્સ્પાયરી તારીખ યોગ્ય તથા વાંચી શકાય તે મુજબ લખાયેલી હોય તેવા જ બીલ રજૂ કરવાના રહેશે.

ડેકલેરેશન

એમ્પ્લોઈ નંબર:.....

તારીખ.....

આથી હું શ્રી.....

ખાતુ..... હોદ્દો.....જણાવું છું કે શ્રી.....મારા પતિ / પત્ની / પુત્ર / પુત્રી / પિતા / માતા અથવા અપરિણિત ભાઈ / બહેન છે. અને તેમની માસિક આવક રૂ.૫૦૦/- થી વધુ નથી અને તેઓ મારી સાથે રહે છે અને બધી રીતે મારા આશ્રિત છે. જેઓ મ્યુનિસિપલ કોર્પોરેશન તથા સરકારી/અર્ધસરકારી કચેરી / ખાનગી કંપનીમાં અગાઉ કે હાલ નોકરી કે ફરજ બજાવતા નથી અને જો નોકરી કરતા માલુમ પડે તો મ્યુનિસિપલ કોર્પોરેશન મારા નીકળતા પગારમાંથી આ મેડીકલ રીઈમ્બર્સમેન્ટની રકમ વસૂલ કરી શકશે તેની સામે હું કોઈ પણ પ્રકારનો વાંધો લઈશ નહીં તેમજ દાદ / ફરિયાદ કરીશ નહીં તેની હું લેખિત બાંહેધરી આપું છું. તેઓને અન્ય કોઈ જગ્યાએથી પગાર / પેન્શન કે મેડીકલ રીઈમ્બર્સમેન્ટનો લાભ મળતો નથી.

(.....)

કર્મચારીની સહી

બિડાણ:-

- (૧) હેલ્થબુકમાં આશ્રિતના નામવાળા પાનાની ઝેરોક્ષ નકલ.
- (૨) રેશનીંગ કાર્ડના આશ્રિતના નામવાળા પાનાની ઝેરોક્ષ નકલ.
- (૩) પુત્ર કે પુત્રી દર્દી હોય તો તેના જન્મના દાખલાની ઝેરોક્ષ નકલ.

