

केंद्रीयकाँचएवंसिरामिकअनुसंधानसंस्थान  
CENTRAL GLASS & CERAMIC RESEARCH INSTITUTE

डाकघर- यादवपुरविश्वविद्यालय,P.O.- Jadavpur University

कोलकाता/Kolkata -700 032

चिकित्सीय सेवा से सम्बन्धित औषधि पर और/या केन्द्रीय सरकार/परिषद कर्मचारी और उसके परिवार पर किए गयेव्ययकी वापसी के दावे के लिए आवेदन पत्र का प्रपत्र

**Form of application for claiming refund of Medical Expenses incurred in connection with medical attendance and/or treatment of Central Government/Council Servant and their families.**

वि०द्र०- प्रत्येकरोगीकेलिएअलगफॉर्मोंकाप्रयोगकियाजाय/N.B.-Separate Form should be used for each patient

सरकारी/परिषदकर्मचारीकानामऔरपदनाम(स्पष्टअक्षरोंमें)

Name, designation and Code No. of the Government/Council Servant –

Desig./ C. CODE No.

( IN BLOCK LETTER )

**i. Whether married or unmarried:**

ख)यदिविवाहितहोपति/पत्नीकहाँनियोजितहैं

**ii. If married the place where wife/ husband is employed.-**

किसकार्यालयमेंसेवारतहैं?

**2. Office in which employed? – CSIR.-CGCRI, KOL.-32**

सरकारी/परिषदकेकर्मचारीकेआधारभूतनियमोंमेंव्याख्यायितवेतन औरअन्यभत्तोंकोपृथकरूपसेदिखायाजाय।

**3. Pay of the Government/Council Servant as defined in Rs. /-( Basic Pay )**

Fundamental Rules and any other employments which

Should be shown separately. -

कार्यस्थल

**4.Place of duty - C.S.I.R. , CGCRI, KOL.-32**

वास्तविकनिवासकापता:-

**5.Actual residential address :**

रोगीकानामऔरसरकारी/ परिषदसेवककाउससेसम्बन्ध

**6. Name of the patient and his/her relationship to the**

**Government/Council Servant.**

रोगीकिसस्थानपरबिमरपड़ा।

**7.Place at which the patient fell ill. - SAME AS( 2 )**

बिमारीकीप्रकृतिऔरअवधि

**8.Nature of illness and duration “ ” FROM To**

दावाकीगईराशिकाविवरण

**9.Details of the amount claimed -**

**I.चिकित्सकीयसहायता**

**Dr.,Prescription attached**

**I. MEDICAL ATTENDANCE -**

**Treatment at :**

**i)Fees for consultation, indicating.**

**a) The name, qualification and designation of the medical officer Consulted and the hospital or dispensary to which attached.**

Consultation day/s on . .20

**b) The number and dates of consultation and the fee paid against Rs./- for each consultation.**

**c) The number and dates of injection and the fee paid for each injection.**

**P.T.O.**

केन्द्रीयकँचएवंसिरामिक अनुसंधानसंस्थान, कोलकाता-३२मेंसार्यरतश्री /श्रीमती .....  
.....केपिता/ माता /पत्नी /पुत्र /पुत्री .....केप्रमान-पत्रमंजूरकियाजाताहै।

Certificate granted to Mr./Mrs/Dr./Ms. ....  
Father/Mother/Wife/Son/Daughter of Mr./Mrs. ....  
employed in the Central Glass & Ceramic Research Institute, Kolkata-32

(For OPD patient only)

प्रमाण-पत्र:क  
CERTIFICATE –A

(चिकित्साकेलिएअस्पतालमेंभर्तीनहोनेवालेरोगियोंकीस्थितिमेंभराजानाचाहिए)

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

में, डॉ० ऐतद्वाराप्रमाणितकरताहूँ.....

I, Dr. ....

क) किमैने, दिनांक..... को..... परामर्शकेलिएमेरेपरामर्शकक्षमें /रोगीके  
(तारिखलिखीजाय)

निवासस्थानपरशुल्कमांगाऔररु० .....(दिनांकलिखीजाय) प्राप्तकिया।

a) That I charged & Received Rs.....for .....consultations on (dates to be given).....  
..... at my consulting Room/at the residence of the patient.

(dates to be given)

ख) किमैने, दिनांक..... कीअन्तःशिराअन्तपेशीय/उप-त्वचीयप्रदानकरनेकेलिएमेरे  
(दिनांकलिखीजाय)

परामर्शकक्षमें /रोगीकेआवासमेंशुल्कमांगाऔर .....रुप्राप्तकिया।

b) That I charged & received Rs.....for intravenous/Intra-muscular/Sub-cutaneous administering on  
.....at my consulting room/at the residence of the patient.

(dates to be given)

ग) किरोगनिरोधीप्रतिरक्षणकेलिएअन्तःक्षेपणप्रदानकी/प्रदाननहींकीगई।

c) That the injections administered were/were not for immunizing for prophylactic purpose.

घ) किरोगी.....अस्पतालकेपरामर्शकक्षमेंचिकित्साधीनहैंऔरइससम्बन्धमेंमेरेद्वारा  
(अस्पतालकेनाम)

प्रविष्टनिम्नलिखितऔषधियाअस्वस्थअवस्थामेंस्वास्थ्यलाभ (प्रतिलाभ) गंभीरहासकेरोक-थामकेलिएआवश्यकथी।

d) That the patient has been under treatment at ..... hospital consulting room &

(name of the hospital)

that under mentioned medicines prescribed by me in this connection were essential for the recovery/prevention of serious deterioration in the condition of the patient.

निजीरोगियोंद्वाराकीआपूर्तिकिलियेऔषधियों ..... मेंभांडारनहींकियागयाथाऔर

(अस्पतालकानाम)

मालिकोंद्वाराभनाईगईसमगोपचारमूल्यकेसस्तीत्वोंकेअन्तर्गतउपलब्धनहींहैंऔरनहींजीखाद्य, शौचयारोगाणुनाशीऔषधियाँथी।

The medicines are not stocked in the..... for supply to private patients

(name of the hospital)

and do not include proprietary preparations for which cheaper substances of equal therapeutic value are available nor preparations which are primarily foods, toilets or disinfectants.

P.T.O.

औषधियोंकानाम Nature of Medicines	Price मूल्य	औषधियोंकानाम Name of Medicines	Price मूल्य
1.		11.	
2.		12.	
3.		13.	
4.		14.	
5.		15.	
6.		16.	
7.		17.	
8.		18.	
9.		19.	
10.		20.	

ड) किरोगो .....सङ्घीङितरहहैं /थाऔर .....सङ्घ.....तकमरुचिकित्साधीनहैं / था।

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

च) किरोगीकीप्रसवकप्रहलयाप्रसवकबादचिकित्साहीकीगई / थी।

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

छ) किक्स-रयोगशाला, चिसकाखर्च .....रुकियागयाऔरआवश्यकथाऔरपरामर्शपर  
.....मेंकियागया।

(□ स्पतालयाप्रयोगशालाकानाम)

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

ज) किमैरोगीकोविशेषपरामर्शकलिएडॉ० ..... कप्रसजानबलिएकहाऔर  
.....काआनुमोदनप्राप्तकरलियागयाहैं। (राज्यकाचिकित्साधिकारी)

नियमानुसार (मुख्यप्रशासककानाम)

h) That I referred the patient to Dr. .... for specialist consultation and that the necessary approval of the(Name of the Chief Administrative)..... as required under the rules was obtained. (Medical Officer of the State).

झ) किरोगीकी□ स्पतालमेंभर्तीकरनकीजरुरतनही /जरुरतहैं।

i) That the patient did not require/required hospitalization.

संबंधित□ स्पतालऔषधालयकचिकित्साधिकारीकाहस्ताक्षरऔरपदनाम  
Signature and Designation of the Medical Officer  
and Hospital/Dispensary to which attached

दिनांक:-

Date :

वि०.द्र०:- □ प्रयोजनीयप्रमाण-पत्रकार्डदियाजाय।(□) आवश्यकहैंहरस्थितिमेंचिकित्साधिकारीद्वाराभराजानाचाहिए।

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

**P.T.O.**

# सीएसआईआर - केन्द्रीयकाँचएवंसिरामिक नुसंधानसंस्थान,

CSIR-CENTRAL GLASS & CERAMIC RESEARCH INSTITUTE,

196, राजा. एस.सी.मल्लिकरोड, RAJA S.C. MULLICK ROAD,

यादवपुर, JADAVPUR, कोलकाता / KOLKATA - 700032

सी.एस.आई.आर.-सीजीसीआरआईकर्मचारियोंकेलिएचिकित्सादावाकेप्रतिपूर्तिकेलिएचिकित्साप्रपत्र। (दावेदारद्वाराभरेजानाहैं)

- [1] सीएसआईआर-सीजीसीआरआईपहचानपत्रसह-एक्सेसकार्डसं० :
- [1] CSIR-CGCRI Identity-Cum-Access Card No./**C. Code** :
- [2] सेवोनिवृत्ति तिथि -Date of Retirement/Superannuation :
- [3] किसवार्डके अधिकारीहैं -[3] Entitlement of Ward : निजी / र्थनिजी / सामान्य /Private/Semi Private/General
- [4] कार्डहोल्डरकापूरानाम/पेंशनरमेडिकलकार्डहोल्डर - (साफक्षरोंमें) :
- [4] Full Name of Card Holder/Pensioner Medical Card Holder : (block letters)
- 5] पूरापता /Full Address :
- [6] दूरभाषसं०(का)/Telephone No. : (O ) (आ) / (R) \_\_\_\_\_
- [7] ईमेलपता, यदिकोईहो/[7] E-Mail address, if any :
- [8] बैंककानाम/[8] Name, of the Bank : शाखा/Branch : SBI. \_\_\_\_\_
- बचतबैंकखातासं०/SB A/C No. : शाखाकोड /Branch Code \_\_\_\_\_
- [9] रोगीकानामएवंकार्डहोल्डरकेसाथसंबन्ध / [9] Name of the patient & relationship with the Card Holder :
- [10] स्थिति (परिषदकर्मचारी/पेंशनर/न्य)/Status [Council Servant : /Pensioner/Others]
- [11] मूलवेतनमूलपेंशन/[11]Basic Pay/Basic Pension :
- [12] स्पतालकानामएवंपता/ Name of the Hospital with Address : (A) ओपीडीचिकित्सापरीक्षण/(A) OPD Treatment & Investigations : (B) भीतरी (इंडोर) चिकित्सा / (B)Indoor Treatment-IPD :
- [13] रोगकानाम(वश्यउल्लेखकरें)/[13] [Name of disease suffering from (Must quote) :
- [14] चिकित्साकाबधि (वश्यउल्लेखकरें) / [14]Period of Treatment (Must quote) :
- [15] रेफरलकाविवरण / किसडॉक्टरसेपरामर्शकियागया/[15] Details of Referral / Doctor consulted :
- [16] चिकित्साग्रिमविवरण: (यदिकोईहो) : / [16] Details of Medical Advance if Any :
- [17] कुलयागकादावा/[17] Total Amount Claimed :

घोषणा:

माँ,

एतद्वाराघोषितकरताहूँकिइसआवेदनपत्रकेविवरणमेरे अधिकतमजानकारीतथाविश्वासकेनुसारसहीहैंऔरजिसव्यक्तिकेलिएहव्ययकियागयाहैवहमेरेऊपरआश्रितहैं।मैं सीएसआईआर-सीजीसीआरआईकर्मिक/सीएसआईआर-सीजीसीआरआईनामांकितपेंशनरहूँऔरमेरेपासचिकित्साकेसमयवैधचिकित्सापत्रकार्डमौजूदथा।नियमनुसारप्रतिपूर्तिपानेकेलिएमैंसहमतहूँ।

## DECLARATION

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 an CSIR-CGCRI employee/CSIR-CGCRI enrolled pensioners holding Medical ID Card which was valid at the time of treatment. I agree for the reimbursement as is admissible under the rules.

Dated : / /

सीएसआईआर-सीजीसीआरआईकर्मचारी  
सीएसआईआर-सीजीसीआरआई  
(Signature of CSIR-CGCRI employee/CSIR-  
CGCRI enrolled. Pensioners)

P.T.O.

**MODIFIED CHECK LIST FOR REIMBURSEMENT OF MEDICAL CLAIMS**

- [1] सीएआईआर-सीजीसीआरआईपहचानपत्रसह- एक्सेसकोर्ड :  
 [1] CSIR-CGCRI employee computer Code: No./Pensioner :  
 medical card No.
- [2] सेवानिवृत्ति तिथि - :  
 [2] Date of Retirement : / /
- [3] किसी वर्कके अधिकारी हैं - : निजी/अर्धनिजी/सामान्य  
 [3] Entitlement of Ward : PRIVATE/SEMI PRIVATE/GENERAL
- [4] कार्डहोल्डरकंपूर्णनाम/पेंशनरमेडिकलकार्डहोल्डर (सफ़रकक्षरोंमें) :  
 [4] Full Name of Card Holder / Pensioner Medical Card Holder : (block holder)
- [5] पूरापता Full Address :  
 [5] Status [Council Servant / Pensioner]
- [6] निम्नलिखितदस्तावेजप्रस्तुतकिएगए (कृपयासंबंधितकॉलमपरटिककनिशाअलगाएं) :  
 [6] The following documents are submitted (Please tick the Relevant column)/ :
- (ए) चिकित्सकप्रतिपूरीतदवापत्र (a) Medical reimbursement Claim form : हाँ/नहीं Yes/NO  
 (बी) पेंशनरचिकित्सककार्डकफोटोप्रति (नियमितकर्मचारीकेलिएआवश्यकनहीं)(b) Photocopy of Pensioner Medical Card (Not applicable for regular staff) : हाँ/नहीं Yes/NO  
 (सी) प्रस्तुतकी गई मूल बिलोंकी संख्या (c) No. of Original Bills submitted : हाँ/नहीं Yes/NO  
 (डी) डिस्चार्जसमरीकी प्रति (d) Copy of Discharge Summary : हाँ/नहीं Yes/NO  
 ई) विशेषज्ञद्वाराकी गई रीफरलकी प्रति/ सीएमओ/(e) Copy of referral by Specialist/ CMO : हाँ/नहीं Yes/NO  
 एफ) क्यास्पतालद्वाराप्रयोगशालाकाअककपप्रस्तुतकियेगएयहाँ : हाँ/नहीं Yes/NO  
 (f) Whether the hospital has given breakup for Laboratory investigations :  
 जी) मूलदस्तावेजखो गए हैं, निम्नलिखितदस्तावेजप्रस्तुतकिएगएहैं :  
 (g) Original papers have been lost, the following documents are submitted :  
 i. दवाकेकॉपीकीफोटोप्रतियाँ. Photo copies of claim papers : हाँ/नहीं Yes/NO  
 ii. स्टंपपेपरपरहलफननामा. Affidavit on Stamp Paper : हाँ/नहीं Yes/NO  
 एच) कोईधरककेमृत्युरोनेनिम्नलिखितदस्तावेजजमाकिएगए :  
 (h) In case of death of Card Holder the following documents are submitted. :  
 i. दवाकेदस्तावेजस्टंपपेपरपर/ i. Affidavit on stamp paper by Claimant : हाँ/नहीं Yes/NO  
 ii. स्टैम्पपेपरपर अन्यविरसोंद्वारा नपत्ति / ii. No objection from other legal heirs on Stamp papers : हाँ/नहीं Yes/NO  
 iii. मृत्युप्रमाणपत्रकी प्रति /iii. Copy of death certificate : हाँ/नहीं Yes/NO

-----  
 सीएसआईआर - सीजीसीआरआईकार्डधारक / पेंशनरचिकित्सककार्डधारककाहस्ताक्षर. मोबाईलसं०  
 Signature of CSIR-CGCRI ID Card Holder / Pensioner Medical Card Holder

Mobile No.

Dated : ( तारीख ) :

बैंकका नाम  
 Name of the \_\_\_\_\_

शाखा  
 Bank Branch : \_\_\_\_\_

एस.बी. खाता सं०  
 SB A/C No. \_\_\_\_\_

शाखाकोडः  
 Branch Code : \_\_\_\_\_

घ) परामर्श और/या इंजेक्शन जिस अस्पताल में दिया गया, चिकित्सा अधिकारी के परामर्शकक्ष में या रोगी के निवास पर दिया गया।

d) Whether consultation and /or injection, were held at the hospital, at the consulting room of the patient.

ii) चिकित्सा के दौरान, रोगनिदानात्मक, रोगजीवाणुत्वसम्बन्धी रोगक्षयतासम्बन्धी या अन्य इसी प्रकार के परीक्षण शुल्क जो रोग के लिए एक एग्येहए को इंगित करते हैं

ii) Charges for pathological bacteriological, radiological Rs. /-( Test / Physio.+ Others) or other similar tests undertaken during Diagnosis indicating-

क) अस्पताल का नाम/प्रयोगशाला जहां परीक्षण किया गया है और

a) The name of the hospital or laboratory where the tests were undertaken and

ख) क्या ये परीक्षण प्राधिकृत चिकित्सक के परामर्श के अनुसार किए गए हैं और एग्येसाहटोइस आशय का प्रमाणपत्र संलग्न किया जाय।

b) Whether the tests were undertaken on the advice of the authorized medical attendant. If so, a certificate to that effect should be attached.

iii) बाजार से खरीदी गई औषधियों का मूल्य

(औषधियों की सूची, क्लेमो एवं आवश्यक प्रमाणपत्र संलग्न किया जाय)

iii) Cost of medicines purchased from the local market. Rs. /- (MEDICINE)

(List of medicines, cash memos and

the essentiality certificate should be attached)

दावा की गई कुल राशि  
10. Amount claimed Rs. + Rs. + Rs. + Rs.

को लो गैर अग्रिम राशि घटाएँ  
11. Less advance taken on.

दावा की गई वास्तविक राशि  
12. Net amount claimed. Rs./- (Rupees ) only

संलग्नकों की सूची :- Dr's Prescription, Certificate 'A' / 'B' & Cash memo - .+ Others documents.

13. List of enclosures:-

सरकारी परिषद कर्मचारी द्वारा हस्ताक्षरित की जाने वाली घोषणा

**DECLARATION TO BE SIGNED BY THE GOVERNMENT/COUNCIL SERVANT**

मैं एतद् द्वारा घोषित करता हूँ कि इस आवेदन पत्र के विवरण मेरे अधिकतम जानकारी तथा विश्वास के अनुसार सही हैं और जिस व्यक्ति के लिए यह व्यय किया गया है वह पूर्णतया मेरे ऊपर आश्रित है।

1. I hereby declare that the statements in this application are to the best of my knowledge and belief and that the person for whom medical expenses were incurred in wholly dependent upon me.

यह प्रमाणित करता हूँ कि मेरे निवास स्थल के दो की०मी० के अंदर कोई भी उचित मूल्य की दुकान/सहकारी उपभोक्ता दुकान/औषधि स्टोर्स/या डिपो केन्द्रीय या राज्य सरकार या स्थानीय निकायों या किसी अन्य संस्था सहकारी सोसाइटी अधिनियम के अन्तर्गत मान्यता प्राप्त संचालित दुकान नहीं है।

2. Certified that Govt. Fair Price Shop/Co-operative Consumers, Shop/Drug Stores or Deposits run by the Central or State Govt. or Local Bodies or any organization under the Co-operative Societies Act do/not exist within a radius of 2Km. from the place of my residence.

Date/ दिनांक :- - 202

सरकारी/परिषद कर्मचारी द्वारा हस्ताक्षर, जिस कार्यालय से सम्बन्ध है।

Signature of Government/Council/Servant and office to which attached

PHONE NO.:- CSIR-CGCRI, KOL.-32

(For In-patient only)  
सीएसआईआर- केंद्रीय काँच एवंसिरामिक अनुसंधान संस्थान  
CSIR-CENTRAL GLASS& CERAMIC RESEARCH INSTITUTE  
196, राजा एस.सी. मल्लिक रोड/RAJA S.C. MULLICK ROAD  
कोलकाता/KOLKATA - 700 032

सीएसआईआर-केंद्रीय काँच एवंसिरामिक अनुसंधान संस्थान, कोलकाता-700 032 में कार्यरत श्री/श्रीमती/सुश्री .....  
.....पत्नी/पुत्र/पत्नी/पिता/माता/पति.....को दिया गया प्रमाणपत्र।

Certificate granted to Mr./Mrs./Miss. ....  
Wife/son/daughter/father/mother/husband of Mr./Mrs./Miss.....  
employed in the CSIR-Central Glass and Ceramic Research Institute, Kolkata – 700 032.

**प्रमाणपत्र-बी/ CERTIFICATE – B**  
(उन रोगियों के मामले में भरा जाए जिन्हें इलाज के लिए अस्पताल में भर्ती किया गया है)  
(To be completed in the case of patients who are admitted to Hospital for treatment)

मैं, डॉ. /I, Dr. ....एतद्वारा प्रमाणित करता हूँ/hereby certify :-

(क) कि रोगी को मरु परामर्श स... अस्पताल में भर्ती किया गया है।

(a) That the patient was admitted to hospital on the advice of / on my advice.....

(चिकित्सा अधिकारी का नाम/Name of Medical Officer)

(ख) कि रोगी का इलाज ..... (अस्पताल का नाम) में चल रहा है और इस संबंध में मरु द्वारा नुस्खों में दी गई निम्नलिखित औषधियाँ रोगी की हालत में सुधार लाने की स्थिति में गंभीर गिरावट को रोकने के लिए आवश्यक थी निजी रोगियों को आपूर्ति के लिए दवाओं को ..... (अस्पताल का नाम) में स्टॉक नहीं किया जाता है और इसमें प्रोप्राइटरी औषधियाँ शामिल नहीं होती हैं जिसके लिए समान चिकित्सीय मूल्य की सस्ती दवाइयाँ उपलब्ध हैं जो मुख्य रूप से खाद्य पदार्थ, शौचालय या कीटाणुनाशक हैं।

(b) That the patient has been under treatment at ..... (Name of the Hospital) and that the undementioned 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 the Hospital) for supply to private patients and do not include proprietary preparations for which cheaper substances of equal therapeutic value are available for preparations which are primarily foods, toilets or disinfectants.

औषधियों के नाम/Name of the medicines  
( सूची संलग्न/List enclosed)

कीमत/Price (रू./Rs.)

(ग) कि दिए गए इन्जेक्शन प्रतिरक्षण या रोग-निरोध के लिए सही हैं।

(c) That the injections administered were/ not were for immunizing prophylactic purpose.

(घ) कि रोगी..... संपीड़ित है/है और..... तक मरु द्वारा इलाज में है/है।

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

अगले पृष्ठ पर/P.T.O.

(च) कि जिन एक्स-रे/ प्रयोगशाला जांच, बेड एवं ऑपरेशन इत्यादि के लिए.....रुपए खर्च किए गए थे, वे आवश्यक थे और मेरी सलाह से..... (प्रयोगशाला/स्पताल का नाम) में करवाए गए थे।

(e) That the X-Ray/laboratory tests, bed & operation etc. for which an expenditure of Rs. ....was incurred were necessary and were undertaken on my advice at ..... (Name of the Hospital/ Laboratory).

(छ) कि मैंने रोगी को विशेष परामर्श के लिए डॉ. .... के पास भेजा था और ..... (स्पताल का नाम) के नियमों के अंतर्गत यथापेक्षित आवश्यक नुमोदन प्राप्त कर लिया गया था।

(f) That called in Dr. ....for Specialist consultation and that the necessary approval of the ..... (Name of the Hospital), as required under the rules was obtained.

संबद्ध स्पताल में रोगी के प्रभारी चिकित्सा अधिकारी  
के हस्ताक्षर एवं पदनाम  
Signature and Designation of the Medical Officer in-charge  
of the attached Hospital

मैं प्रमाणित करता हूँ कि रोगी इलाज के लिए .....स्पताल में रहा है और विशेष परिचारिकाओं की जिन सेवाओं के लिए संलग्न बिल एवं रसीदों के अनुसार रु. .... खर्च किए गए थे, वे रोगी की हालत को ठीक करने/गंभीर रूप से खराब होने से रोकने के लिए निवार्य थीं।

I certify that the patient has been under treatment at .....hospital and that the services of the special nurse for which as 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.

स्पताल में रोगी के प्रभारी चिकित्सा अधिकारी के हस्ताक्षर एवं  
स्पताल के चिकित्सा अधिकारी द्वारा प्रतिहस्ताक्षरित  
Signature of the Medical Officer In-Charge of the case at  
Hospital and Countersigned Medical Superintendent

स्पताल  
.....Hospital

मैं प्रमाणित करता हूँ कि रोगी इलाज के लिए .....स्पताल में रहा है और उसे जो सुविधाएं दी गई, वे रोगी के इलाज के लिए निवार्य एवं न्यूनतम सुविधाएं थीं।

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 : चिकित्सा अधिकारी/ Medical Superintendent

तिथि/Date : .....स्पताल/Hospital

विशेष ध्यान दें : जो प्रमाणपत्र लागू न हो, उसे काट दिए जाने चाहिए। प्रमाणपत्र 'बी' अनिवार्य है और सभी मामलों में चिकित्सा अधिकारी द्वारा भरा जाना चाहिए।  
N.B.: Certificates not applicable should be struck off. Certificates is compulsory and must be filled in Medical Officer in all cases.