

बैंक लिस्ट चिकित्सा प्रतिपूर्ति

नाम

पदनाम

विद्यालय/कार्यालय

जनपद

मुख्य शिक्षा अधिकारी का पत्रांक दिनांक

क्र.सं.	परिक्षण बिन्दु	आख्या
1	चिकित्सा की अवधि एवं घनराशि चिकित्सा कितने से सम्बंधित- स्वयं अथवा / _____ प्रदेश के अन्दर/प्रदेश के बाहर _____	दिनांक _____ से _____ तक घनराशि-
2	चिकित्सा की स्थान/चिकित्सालय का नाम साफ साफ, यदि अंग्रेजी के शब्दों में लिखा गया हो तो केपिटल में	
3	अनिवार्यता प्रमाण पत्र शासनादेश संख्या-879 दिनांक 04 सितम्बर 2008 में निर्धारित प्रारूप पर दिया जाय।	
4	अनिवार्यता प्रमाण पत्र इलाज करने वाले चिकित्सक द्वारा हस्ताक्षरित तथा चिकित्सालय के प्रचारी अधीक्षक द्वारा प्रतिहस्ताक्षरित हो।	
5	अनिवार्यता प्रमाण पत्र में रोगी का नाम, उपचार की अवधि तथा व्यय की गयी घनराशि अंकित हो तथा व्यय विवरण संलग्न हो।	नाम उपचार अवधि विवरण(बिल वाइज,कमानुसार) व्यय
6	अनिवार्यता प्रमाण पत्र में उल्लिखित तिथियों के ही बिल बाउचर संलग्न हों।	
7	स्वीकृति योग्य घनराशि चिकित्सा विभाग के सक्षम प्राधिकारी द्वारा प्रतिहस्ताक्षरित हो। का नाम	
8	समस्त बिल/बाउचर मूल रूप में तथा चिकित्सक द्वारा सत्यापित हों।	संलग्न प्रकरण के क्रमांक _____ से _____ तक पर
9	स्वीकृति हेतु सक्षम अधिकारी(शासन, विभागप्रमुख, कार्यालयप्रमुख)	
10	प्राधिकृत/सक्षम स्तर का संदर्भ प्रमाण पत्र जो उपचार प्रारम्भ होने से अनुवर्ती तिथि का न हो।मुख्य चिकित्सा अधीक्षक से प्रतिहस्ताक्षरित	संलग्न प्रकरण के क्रमांक _____ पर
11	आकस्मिक स्थिति में बिना सन्दर्भ के अराजकीय चिकित्सालय में उपचार करने की दशा में प्रमाण पत्र	
12	चिकित्सा व्यय प्रतिपूर्ति का दावा छः माह के अन्दर प्रस्तुत करने का प्रमाण दिया जाय।(GO-345/xxviii-3-2016-437/2002 dt 16-5-16	दिनांक _____
13	प्रदेश से बाहर की चिकित्सा पर सक्षम चिकित्साधिकारी का अनुमति पत्र	
14	आकस्मिक स्थिति में बिना सन्दर्भ के अराजकीय चिकित्सालय में उपचार करने की दशा में प्रमाण पत्र उपचार प्रदान करने वाली संस्था का आकस्मिकता का प्रमाण पत्र 60 दिन के अन्दरगत निर्गत किया गया है	दिनांक _____
15	प्रदेश से बाहर की चिकित्सा पर शासन की अनुमति का प्रमाण पत्र दिया जाय अथवा कार्यत्तर स्वीकृति का आदेश हो।	
16	यदि उपचार प्रदेश से बाहर किया गया हो तो कार्यत्तर स्वीकृति हेतु आवेदन निदेशक के नाम दिया गया है।	संलग्न प्रकरण के क्रमांक _____ पर
17	आश्रित की चिकित्सा के सम्बन्ध में पूर्णतः आश्रित होने का शपथ पत्र (स्ट्राम्प पेपर) में उपलब्ध है	संलग्न प्रकरण के क्रमांक _____ पर
18	निदेशालय को भेजने हेतु दावा हो प्रतियां में प्रस्तुत है या नहीं	
19	वेतन भुगतान लेखासीर्षक प्रकरण में संलग्न	संलग्न प्रकरण के क्रमांक _____ पर
20	अन्य स्रोतों से भुगतान नहीं हुआ प्रमाण पत्र, स्वयं द्वारा भुगतान किया गया	संलग्न प्रकरण के क्रमांक _____ पर
21	प्रकरण में सम्बंधित हस्ताक्षर कर्ता अधिकारी के नाम मुहर व तिथि अंकित है या नहीं	
22	वेतन भुगतान प्रमाण पत्र प्रस्तुत है या नहीं (क्याधिकारी द्वारा दिया गया) व कोषागार का नाम	संलग्न प्रकरण के क्रमांक _____ पर
23	वेतन- उत्तरप्रदेश या उत्तराखण्ड के	

प्रत्येक अनिवार्यता प्रमाण पत्र में फूल्क फूल्क देयार करे। व प्रकरण में जोर सेपिंग न की जाय। जहाँ जोर सेपिंग की गई है सम्बंधित से प्रमाण
किया जाय।

हस्ताक्षर- तैयार कर्ता
नाम पदनाम

हस्ताक्षर-परिचालनकर्ता
नाम पदनाम

80 निरीक्षक
नाम पदनाम

80

वेतन भुगतान लेखाशीर्षक प्रमाण पत्र

प्रमाणित किया जाता है कि श्री पदनाम.....
कार्यालय..... का वेतन भुगतान निम्नलिखित लेखाशीर्षक के अन्तर्गत
आहरित किया जाता है।
अनुदान संख्या- आयोजनागत/आयोजनेत्तर
लेखाशीर्षक-

हस्ताक्षर-आहरण वितरण अधिकारी/कार्यालयध्यक्ष

चिकित्सा-व्यय प्रतिपूर्ति का दावा छः माह के अन्दर प्रस्तुत करने का प्रमाण पत्र

प्रमाणित किया जाता है कि श्री पदनाम.....
कार्यालय..... जिनका चिकित्सा उपचार दिनांक..... से दिनांक
..... तक चिकित्सा संस्थान..... में
किया है। चिकित्सा प्रतिपूर्ति का दावा दिनांक..... इस कार्यालय में जमा किया गया
है। जो कि छः माह की अवधि के अन्तर्गत है।

हस्ताक्षर- कार्यालयध्यक्ष

अन्य स्रोतों से भुगतान सम्बन्धी प्रमाण पत्र

प्रमाणित किया जाता है कि मुझे अपने स्वयं/आश्रित की चिकित्सा उपचार दिनांक.....
..... से दिनांक तक चिकित्सा संस्थान.....
..... में किया है, का किसी अन्य स्रोतों से यथा-यू हेल्थ कार्ड, मुख्यमंत्री राहत कोष, अन्य
किसी संस्थाओं से किसी भी प्रकार का भुगतान नहीं हुआ है। मेरे द्वारा चिकित्सा व्यय का
स्वयं भुगतान किया गया।

हस्ताक्षर-कर्मचारी

प्रतिहस्ताक्षरित

हस्ताक्षर- कार्यालयध्यक्ष

