

भाभा परमाणु अनुसंधान केंद्र  
BHABHA ATOMIC RESEARCH CENTRE  
(अंशदायी स्वास्थ्य सेवा योजना)  
(Contributory Health Service Scheme)

प्रसूति खर्च की प्रतिपूर्ति हेतु दावा  
CLAIM FOR RE-IMBURSEMENT OF CONFINEMENT CHARGES  
भाग I कर्मचारी द्वारा भरा जाए / PART I : To be filled by the employee

1. नाम Name	2. पदनाम Designation	3. प्रभाग/इकाई Division/ Unit	4. संगणक संकेत संख्या Comp. Code No.
श्री/श्रीमती/डॉ./कु./Shri/Smt/Dr./Kum.			

5. कर्मचारी सं. Employee No	6. सीएचएसएस सं. CHSS No..	7. वर्तमान औषधालय Existing Disp.	8. वेतन बैंड में वेतन + ग्रेड वेतन Pay in Pay Band + G.P.	9. वेतन बैंड में वेतन आहरण की तारीख Date from which pay drawn in Pay Band

10. हितकारी का नाम Name of Beneficiary	11. दूरभाष नं./ Telephone Nos. कार्यालय /Office मोबाईल नं./Mobile No. आवास /Residence

12. औषधालय/अस्पताल में प्रसवपूर्व पंजीकरण की तारीख Prenatal registration Date in dispensary/hospital	13. क्या यह प्रसूति State whether this Confinement	14. प्रसव की तारीख Delivery Date	15. इस प्रसूति के पहले जीवित बच्चों की संख्या No. of living children prior to this confinement
	पहली 1 <sup>st</sup> <input type="checkbox"/> दूसरी 2 <sup>nd</sup> <input type="checkbox"/> तीसरी 3 <sup>rd</sup> <input type="checkbox"/>		

16. इससे पहले सीएचएसएस सुविधा का प्रसूति के लिए लाभ उठाने के अवसरों की संख्या Number of occasions on which Maternity benefits availed from CHSS earlier	17. अब की गई दावे की कुल राशि Total amount now claimed	18. प्रसूति का प्रकार (साधारण/शल्यचिकित्सा) Nature of Delivery (Vaginal/operation)

19. अस्पताल का नाम व पता Name & Address of Hospital	20. परिचर्या करने वाले डॉक्टर का नाम और शैक्षणिक योग्यता Name & Qualifications of attending Doctor

21. व्यय का विवरण / Particulars of expenses:

क्र.सं. Sl.No.	मद / Item	राशि /Amount	संलग्न पावती/ बिल (क्र. एवं दिनांक) के ब्यौरे Details (No. & Date) of Receipts/ Bills attached.
1.	शल्य चिकित्सा प्रसव/सिसेरियन /फोरसेप Operative delivery/ Caesarian/ Forceps		
2.	खरीदी गई औषधियां Medicines Purchased		
	कुल /Total		

अस्पताल की बिल की मूल प्रति, बच्चे के जन्म प्रमाणपत्र की अनुप्रमाणित प्रति एवं डिस्चार्ज कार्ड संलग्न किये जायें।

Original Hospital Bill, attested copy of Birth Certificate of the child and summary discharge card to be attached.

दिनांक/Date :

कर्मचारी के हस्ताक्षर / Signature of the employee

नोट: प्रसति खर्च की प्रतिपूर्ति हेतु दावा करने के लिए क्षेत्रीय औषधालय/ भापअ केंद्र अस्पताल में पंजीकरण अनिवार्य है।

Note : Registration in the Zonal Dispensary/ BARC Hospital is compulsory for claiming re-imbusement of confinement charges.

प्रभाग/ अनुभाग में प्रयोग हेतु / For use in the Division/ Section

अग्रेषित Forwarded : \_\_\_\_\_

सहायक कार्मिक अधिकारी /APO

सेवा में To,

सहायक कार्मिक अधिकारी /Assistant Personal Officer

सीएचएसएस, भापअ केंद्र अस्पताल /CHSS, BARC Hospital.

भाग-II: सीएचएसएस कार्यालय में प्रयोग हेतु  
PART – II : FOR USE IN CHSS OFFICE

क्रम संख्या 12 से 21 में दिए गये विवरण सत्यापित किए गए। भुगतान हेतु दावा पास किया जाए।

Particulars furnished at Serial No. 12 to 21 verified. The claim may be passed for payment.

समान दर Flat Rate	रु.Rs.
शल्य चिकित्सा प्रसव Operative delivery	रु.Rs.
साधारण प्रसव/टांके/एपिसियोटोमी Normal delivery Stitches/ Episiotomy	रु.Rs.
कुल Total	रु.Rs.

सहायक कार्मिक अधिकारी  
Assistant Personnel Officer  
सीएचएसएस /CHSS

प्रशासन अधिकारी –III (एम)  
Administrative Officer-III (M)

अध्यक्ष, आयुर्विज्ञान प्रभाग  
Head, Medical Division

सहायक लेखा अधिकारी (एम) / युनिट  
Assistant Accounts Officer, (M)/ \_\_\_\_\_ Unit