

ನಮೂನೆ - ಸಿ
ನಿಯಮಾವಳಿ 15 (3)
ವೈದ್ಯಕೀಯ ವೆಚ್ಚ ಬಿಲ್ಲನ್ನು ಮರುಪಾವತಿ ಮಾಡುವ ಕುರಿತು

1) ಸರ್ಕಾರಿ ನೌಕರರ ಹೆಸರು ಮತ್ತು ಹುದ್ದೆ	
2) ಕಾರ್ಯ ನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತಿರುವ ಕಛೇರಿ	
3) ಮೂಲ ವೇತನ ಮತ್ತು ವೇತನ ಶ್ರೇಣಿ	
4) ಕಾರ್ಯ ನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತಿರುವ ಸ್ಥಳ	
5) ಮನೆಯ ವಿಳಾಸ	
6) ರೋಗಿಯ ಹೆಸರು ಹಾಗೂ ಸರ್ಕಾರಿ ನೌಕರರ ಜೊತೆಗಿನ ಸಂಬಂಧ	
7) ರೋಗಿಯ ಅನಾರೋಗ್ಯದ ಕುರಿತು ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಪಡೆಯುತ್ತಿರುವ ಸ್ಥಳ	
8) ರೋಗದ ಹೆಸರು ಹಾಗೂ ಸಮಯ	
9) ವೈದ್ಯಕೀಯ ವೆಚ್ಚ ಮರುಪಾವತಿ ಮಾಡಲು ಕ್ಲೇಮು ಮಾಡಿದ ಮೊತ್ತ	
10) ಕ್ಲೇಮು ಮಾಡಿರುವ ಒಟ್ಟು ಮೊತ್ತ	
11) ಸಲ್ಲಿಸಿರುವ ದಾಖಲಾತಿಗಳ ಪಟ್ಟಿ	
12) ನಿಯಂತ್ರಣಾಧಿಕಾರಿಗಳ ಮೇಲು ರುಜು	

ಸರ್ಕಾರಿ ನೌಕರರ ಘೋಷಣೆ

- 1) ನಾನು ಈ ಮೂಲಕ ಪ್ರಮಾಣೀಕರಿಸುವುದೇನೆಂದರೆ, ನಾನು ಕ್ಲೇಮು ಮಾಡಿರುವ ಈ ವೈದ್ಯಕೀಯ ವೆಚ್ಚದ ಬಿಲ್ಲು ಸತ್ಯವಾಗಿದ್ದು ಹಾಗೂ ನಾನು ಕ್ಲೇಮು ಮಾಡಿರುವ ಈ ವೈದ್ಯಕೀಯ ವೆಚ್ಚದ ಬಿಲ್ಲುಗಳು ಹಾಗೂ ರೋಗಿಯು ನನ್ನ ಕುಟುಂಬದ ಸದಸ್ಯನಿರುವರೆಂದು ಕರ್ನಾಟಕ ಸರ್ಕಾರಿ ನೌಕರರ (ವೈದ್ಯಕೀಯ ಹಾಜರಾತಿ) ನಿಯಮಾವಳಿ - 1963 ರನ್ವಯ ನನ್ನ ಮೇಲೆಯೇ ಅವಲಂಬಿತರಾಗಿರುವರೆಂದು ಪ್ರಮಾಣೀಕರಿಸಲಾಗಿದೆ.
- 2) ನಾನು ಈ ಮೂಲಕ ಪ್ರಮಾಣೀಕರಿಸುವುದೇನೆಂದರೆ, ನನ್ನ ಪತಿ/ಪತ್ನಿ ಅವರು ಸರ್ಕಾರಿ ನೌಕರರು : ಕೇಂದ್ರ ಸರ್ಕಾರದ ನೌಕರರು ಇರುವುದಿಲ್ಲ. ಅಥವಾ ನನ್ನ ಪತಿ:ಪತ್ನಿ ರಾಜ್ಯ ಸರ್ಕಾರದ : ಕೇಂದ್ರ ಸರ್ಕಾರದ ನೌಕರರಿದ್ದು ಹಾಗೂ ಈ ವೈದ್ಯಕೀಯ ವೆಚ್ಚದ ಬಿಲ್ಲನ್ನು ಪಡೆದಿರುವುದಿಲ್ಲವೆಂದು ಪ್ರಮಾಣೀಕರಿಸುತ್ತೇನೆ.

ದಿನಾಂಕ:

ಸ್ಥಳ :

ಸರ್ಕಾರಿ ನೌಕರರ ರುಜು.

ನಮೂನೆ ಬಿ (ನಿಯಮಾವಳಿ) 15 (1)

ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರ

ನಾನು ಈ ಮೂಲಕ ಪ್ರಮಾಣೀಕರಿಸುವುದೇನೆಂದರೆ, ಶ್ರೀ _____
ತಂದೆ/ತಾಯಿ/ಪತಿ/ಪತ್ನಿ/ಮಗ/ಮಗಳು _____ ಕಾರ್ಯ
ನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತಿರುವ ಸ್ಥಳ _____ ಇವರು ವೈದ್ಯಕೀಯ
ಉಪಚಾರಕ್ಕೋಸ್ಕರ ದಿನಾಂಕ: _____ ದಿಂದ _____ ವರೆಗೆ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರ /
ಇತರೆ ಆಸ್ಪತ್ರೆ ಗಳಲ್ಲಿ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಉಪಚಾರ ಪಡೆಯುವುದು. ಕೆಳಗೆ ನಮೂದಿಸಲಾದ ಔಷಧೋಪಚಾರ ಅವರ
ಆರೋಗ್ಯವು ಸುಧಾರಿಸುವುದಕ್ಕೋಸ್ಕರ ಅತ್ಯವಶ್ಯವಾಗಿ ಸದರೀ ಔಷಧಗಳು ಸರ್ಕಾರಿ ದವಾಖಾನೆಯಲ್ಲಿ
ಲಭ್ಯವಿರುವುದಿಲ್ಲ.

ಈ ಮೂಲಕ ಪ್ರಮಾಣೀಕರಿಸುವುದೇನೆಂದರೆ, ವೈದ್ಯಕೀಯ ಮರುವೆಚ್ಚಕ್ಕಾಗಿ ಕ್ಲೇಮು ಮಾಡಲಾಗಿರುವ
ಔಷಧಗಳು ಸಮಯಕ್ಕನುಗುಣವಾಗಿ ನಿರ್ದೇಶಕರು, ಆರೋಗ್ಯ ಹಾಗೂ ಕು.ಕ. ಸೇವೆಗಳು, ಬೆಂಗಳೂರು ಇವರು
ಪ್ರಕಟಿಸಿರುವ ಪಟ್ಟಿಯಲ್ಲಿರುತ್ತವೆ.

ಕ್ರಮಾಂಕ ಬಿಲ್ಲು ನಂಬರು ಹಾಗೂ ದಿನಾಂಕ ಔಷಧಿಗಳ ಹೆಸರು

ಔಷಧಿಗಳ ಮೊತ್ತ

ವೈದ್ಯಾಧಿಕಾರಿಗಳು

ನಮೂನೆ-ಡಿ

ನಿಯಮಾವಳಿ-15 (5)

ನಾನು ಈ ಮೂಲಕ ದೃಢೀಕರಿಸುವುದೇನೆಂದರೆ, ನನ್ನ ಪತಿ:ಪತ್ನಿ ಶ್ರೀ:ಶ್ರೀಮತಿ
----- ಯವರ ವೈದ್ಯಕೀಯ ವೆಚ್ಚದ
ಬಿಲ್ಲನ್ನು ಮೊದಲನೆ ಬಾರಿ / ಎರಡನೆ ಬಾರಿ / ಮೂರನೆ ಬಾರಿ / ಕನ್ನಡಕಕ್ಕಾಗಿ (Spectacles)
ಕ್ಷೇಮ ಮಾಡಿರುವೆನು.

ಸರ್ಕಾರಿ ನೌಕರರ ಸಹಿ.

ನಮೂನೆ-ಇ

ನಿಯಮಾವಳಿ-15 (6)

ಶ್ರೀ/ಶ್ರೀಮತಿ _____ ಆದ ನಾನು ಈ ಮೂಲಕ
ದೃಢೀಕರಿಸುವುದೇನೆಂದರೆ, ನನ್ನ ಇಡೀ ಸೇವಾ ಅವಧಿಯಲ್ಲಿ ಒಂದು ಬಾರಿಯೂ ದಂತ ಪಂಕ್ತಿಗಳ
ಜೋಡಣೆಗಾಗಿ ನನಗೆ / ನನ್ನ ಕುಟುಂಬದ ಸದಸ್ಯರುಗಳಿಗಾಗಲೀ ವೈದ್ಯಕೀಯ ವೆಚ್ಚದ ಬಿಲ್ಲನ್ನು
ಕ್ಲೇಮು ಮಾಡಿರುವುದಿಲ್ಲವೆಂದು ಈ ಮೂಲಕ ಪ್ರಮಾಣೀಕರಿಸುತ್ತೇನೆ.

* ಕುಟುಂಬ ಸದಸ್ಯರ ಹೆಸರು ಮತ್ತು ಸಂಬಂಧವನ್ನು ನಮೂದಿಸತಕ್ಕದ್ದು.

ಸರ್ಕಾರಿ ನೌಕರರ ಸಹಿ.