



जवाहरलाल नेहरू पत्तन न्यास
JAWAHARLAL NEHRU PORT TRUST

चिकित्सा विभाग
(MEDICAL DEPARTMENT)

चिकित्सा खर्ची की प्रतिपूर्ति :

Reimbursement / Payment of Medical Expenses :

१. कर्मचारी का नाम : _____

Name of Employee : _____

२. कर्मचारी संख्या / Staff No.: _____

३. पद / Designation _____ अनुभाग / Section : _____

विभाग / Deptt.: _____

४. पता / Address : _____

५. रूग्ण का नाम _____

Name of Patient : _____

६. सम्बंध : स्वयम / पत्नी / पती / सुपुत्र / माताजी / पिताजी

Relation : Self / Wife / Husband / Son / Daughter / Mother / Father

७. डॉक्टर का नाम / अस्पताल : _____

Name of the Doctor / Hospital : _____

बाह्यरूग्ण समझा गया : _____ से _____ तक _____

Treated as Outpatient from : _____ to _____

आंतरिक रूग्ण : _____

Inpatient from : _____

८. सार टिप्पणी (बाह्य रूग्ण) : संलग्न / असंलग्न

Summary note (outpatient) : Attached / Not Attached

छुट्टी की टिप्पणी (आंतरिक रूग्ण) : संलग्न / असंलग्न

Discharge Note (Inpatient): Attached / Not Attache

९. व्यय / Expenditure : ₹ / Rs.: _____

घोषणा : मैं यह घोषणा करता हूँ कि जिस रूग्ण के लिए यह धनराशि ली जा रही है वह मेरे उपर आश्रित हैं

तथा मेरे परिवार के किसी अन्य सदस्य द्वारा यह राशि नहीं मांगी जाएगी ।

Declaration : I hereby declare that the cash requisitioned is for patient who is dependent on me and no claim will be asked for him/her by anybody from my family.

दिनांक / Date : _____

Form No. JNP/MED/97/47

कर्मचारी के हस्ताक्षर
Signature of Employee
(क.पी.दे) (P.T.O.)