

**केंद्र सरकार स्वास्थ्य योजना / CENTRAL GOVERNMENT HEALTH SCHEME**  
**चिकित्सा प्रतिपूर्ति दावा फॉर्म / MEDICAL REIMBURSEMENT CLAIM FORM**

(To be filled up by the Principal Card Holder in **BLOCK LETTERS**)

1. (क) मुख्य सीजीएचएस कार्ड धारक का नाम :  
(a) Name of the Principal CGHS Card Holder
- (ख) सीजीएचएस लाभार्थी आईडी संख्या :  
(b) CGHS Ben ID No.
- (ग) कर्मिक कोड नं. :  
(c) Employee Code No.
- (घ) वार्ड पात्रता - निजी/अर्द्ध-निजी/सामान्य :  
(d) Ward Entitlement – Pvt/Semi-Pvt/General
- (इ) पूरा पता :  
(e) Full Address
- (च) मोबाइल/टेलीफोन नं. तथा ईमेल पता, यदि हो Mobile :  
(f) telephone No. and e-mail address, if any
2. (क) रोगी का नाम :  
(a) Patient's Name
- (ख) रोगी का सीजीएचएस लाभार्थी कार्ड :  
(b) Patients CGHS Ben ID No.
- (ग) मुख्य सीजीएचएस कार्ड धारक से संबंध :  
(c) Relationship with the Principal CGHS card holder
3. अस्पताल/जांच केंद्र/इमेजिंग सेंटर का नाम व पता जहां :  
उपचार लिया गया अथवा टेस्ट किए गए  
Name & address of the hospital/diagnostic  
center/imaging center where treatment is taken  
or tests done.
4. क्या अस्पताल/जांच केंद्र/इमेजिंग सेंटर सीजीएचएस के :  
पैनल में है (हाँ/नहीं)  
Whether the hospital/diagnostic/imaging center  
is empanelled under CGHS (Yes/No)
5. उपचार जिसके लिए प्रतिपूर्ति का दावा दिया गया है  
Treatment for which reimbursement claimed
- (क) ओपीडी उपचार/टेस्ट तथा जाँचे :  
(a) OPD Treatment/Test & investigations
- (ख) इन्डोर उपचार :  
(b) Indoor Treatment
6. क्या उपचार आपातकाल में लिया गया था (हाँ/नहीं) :  
Whether treatment was taken in emergency  
(Yes/No)

7. क्या उपचार के लिए पूर्व अनुमति ली गई थी (हाँ/नहीं) :  
Whether prior permission was taken for the treatment (Yes/No)
8. क्या किसी भी स्वास्थ्य/चिकित्सा बीमा योजना की सदस्यता है, यदि हां, तो दावा/प्राप्त राशि (हाँ/नहीं) :  
Whether subscribing to any health/medical insurance scheme, if yes, amount claimed/received. (Yes/No)
9. लिए गए चिकित्सा अग्रिम का विवरण, यदि कोई हो :  
Details of Medical Advance taken, if any
10. दावा की कुल राशि :  
Total amount claimed
- (क) ओपीडी उपचार :  
(a) OPD Treatment
- (ख) इन्डोर उपचार :  
(b) Indoor Treatment
- (ग) टेस्ट/जाँचे :  
(c) Tests/Investigation
11. खाता विवरण :  
Account Details
- बैंक का नाम / Name of the Bank :  
बचत बैंक खाता संख्या / SB A/c No. :  
शाखा एमआईसीआर कोड / Branch MICR Code :  
आईएफएससी कोड / IFSC Code :

### घोषणा / DECLARATION

मैं एतद्वारा घोषणा करता हूँ कि आवेदन में दिए गए कथन मेरे ज्ञान और विश्वास के लिए सही हैं और जिस व्यक्ति के लिए चिकित्सा व्यय किया गया था, वह मुझ पर पूरी तरह निर्भर है। मैं एक सीजीएचएस लाभार्थी हूँ और उपचार के समय सीजीएचएस कार्ड मान्य था। मैं नियमों के तहत स्वीकार्य प्रतिपूर्ति के लिए सहमत हूँ।

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 a CGHS beneficiary and the CGHS card was valid at the time of treatment. I agree for the reimbursement as is admissible under the rules.

दिनांक / Date :

स्थान / Place :

मुख्य सीजीएचएस कार्ड धारक के हस्ताक्षर  
Signature of the Principal CGHS card holder