

परिशिष्ट २

क्रमांक शासन निर्णय, सार्वजनिक आरोग्य विभाग क्रमांक एमएजी/१०८४/११६/पीएच-९ ए
दिनांक २१-७-८४

प्रमाणपत्र "अ"

----- येथे नोकरीत असलेल्या व श्री / श्रीमती
----- यांची पत्नी/यांचा पती / यांचा मुलगा / यांची मुलगी / यांची आई / यांचे
वडील / यांची बहिण असलेल्या श्री /श्रीमती/कुमार/कुमारी/ -----
----- यांना पुढील प्रमाणे प्रमाणपत्र देण्यात येत आहे.

(उपचारांसाठी दाखल करण्यात न आलेल्या रुग्णांच्या बाबतीत द्यावयाचे)

मी,डॉ.----- याद्वारे असे प्रमाणित करतो की,
(अ) या रुग्णावर ----- रुग्णालयात / माझ्या रोग चिकित्सा कक्षात (कन्सल्टिंग रुम) उपचार करण्यात आले
होते आणि रुग्णास बरे वाटणे करीता /त्याची स्थिती अधिक खालावू नये या करिता या बाबतीत मी लिहून दिलेली, खाली
उल्लेखिलेली औषधे अत्यावश्यक होती. विहित केलेली औषधे ही, शासन निर्णय क्रमांक एमएजी-१०६८-६०५११ (ए)-पी,
दिनांक ११-२-१९७१, एमएजी-१०६८-६०५११-ए-पी, दिनांक २९-४-१९७२ आणि शा.नि.क्र.एमएजी-१०७२-एस, दिनांक २४
सप्टेंबर १९७३ या अन्वये (वैद्यकीय खर्चाची) प्रतिपूर्ती मिळण्याजोग्या औषधांच्या प्रवर्गात समाविष्ट करण्यात आली असून ती
रुग्णांना पुरवठा करण्याकरीता ----- (रुग्णालयाचे नाव) या रुग्णालयाच्या साठ्यात नाहीत व
त्यामध्ये ज्यांच्याकरीता समान उपचारशास्त्रीय मूल्य असणारे (रोगनिवारण करण्याची तितकीच क्षमता असणारे) अधिक
स्वस्त पदार्थ उपलब्ध आहेत अशा दुकानातच तयार करून मिळणा-या औषधांचा तसेच मुलतः अन्नपदार्थ, शक्तीवर्धक
(टॉनक्स) किंवा जंतुनाशके यांचा समावेश होत नाही.

अनुक्रमांक	दिनांक	औषधांचे/उपयंत्राचे नाव व त्याचा प्रवर्ग	दररोजचे प्रमाण	किंमत
१	२	३	४	५
१				
२				
३				
४				

(ब) रुग्णास ----- हा आजार असून / होता व ----- पासून -----
-----पर्यंत मी त्याच्यावर /तिच्यावर उपचार करित आहे/होतो.

(क) रुग्णावर प्रसूतीपूर्व /प्रसूत्युत्तर उपचार करण्यात आले नाहीत/आले नव्हते.

(ड) क्ष-किरण चाचण्या, प्रयोगशाळा चाचण्या इत्यादीकरीता रुपये ----- इतका खर्च

करण्यात आला व तो करणे आवश्यक होते व माझ्या सल्ल्यावरून ----- (रुग्णालयाचे किंवा
प्रयोगशाळेचे नाव) येथे या चाचण्या करण्यात आल्या.

(इ) रुग्णास रुग्णालयात दाखल करणे आवश्यक नाही/नव्हते.

ठिकाण:-

दिनांक:-

वैद्यकीय अधिका-याचे नाव, सही व पदनाम

(अधिकारी) ज्या रुग्णालयाशी /दवाखाना

इत्यादींशी संबंधित असलेल्या रुग्णालयाचे

/दवाखान्याचे नाव व शिक्का

FORM 'B'

Certificate granted to _____
(self) of _____ employed in District Hospital
Jalgaon as a Health Supervisor.

C E R T I F I C A T E ' B '

(To be issued in the case of patient who are admitted to Govt. Hospital for treatment)

I, Dr. _____

_____ hereby certify that ;

- a) This Patient is treated by Dr. _____
has admitted in this Hospital.
- b) The patient has been under treatment at _____
/ My Consulting Room and that, the under mentioned medicines prescribed by me in this
condition of the patient. The medicines prescribed are are included in the category of medicines
which are reimbursable under G.R.NO.MAG/1058/60511/(a) P, dated 11.02.1971, (ii)
MAG/1058/60072/(a) P, dated 29.04.1972, and (iii) MAG/1072/60072/S, dated 24.09.1973,
and are not stocked in the _____ for supply to patients and
do not include proprietary preparation for which cheaper substance of equal therapeutic value
are available for preparations which are primarily foods tonics or disinfectants.

A	PARTICULARS	VR.NO.	AMOUNT
1)			
		Total of (A)	

Place:

Date:

Signature of Medical Officer

Hospital Stamp

परिशिष्ट १

कर्मचारी आणि त्यांचे कुटूंबीय यांची वैद्यकिय देखभाल आणि /किंवा उपचार यांच्या संबंधात करण्यांत आलेला वैद्यकिय खर्चाच्या परताव्याची मागणी करण्याकरिता करावयाच्या अर्जाचा नमुना
(टीप : प्रत्येक रुग्णाकरिता स्वतंत्र नमुना वापरावा.)

१. कर्मचा-याचे नांव व पदनाम (ठळक अक्षरात)	:	
२. कर्मचारी ज्या कार्यालयात नोकरीत आहे त्या कार्यालयाचे नांव :	:	
३. वित्तीय नियमान्वये व्याख्या केल्याप्रमाणे कर्मचा-याचे वेतन व इतर वित्तलब्धी स्वतंत्रपणे दर्शविण्यात याव्यात.	: रु.	
४. कामाचे ठिकाण	:	
५. प्रत्यक्ष निवास स्थानाचा पत्ता	:	
६. रुग्णाचे नांव आणि कर्मचा-याचे त्याचे/तिचे नाते (टीप- मुलाच्या बाबतीत वय सुध्दा नमूद करावे.)	:	
७. ज्या ठिकाणी रुग्ण आजारी झाला असेल ते ठिकाण	:	
८. आजाराचे स्वरूप व कालावधी	:	ते
९. मागणी केलेल्या रकमेचा तपशील	: रु.	
१०. कर्मचा-याच्या नियुक्तीचा दिनांक	:	
११. सेवानिवृत्त कर्मचारी असल्यास सेवानिवृत्तीचा दिनांक	:	
वैद्यकिय देखभाल		
१) रोग लक्षणासाठी सल्ला देण्याची फी द्यावी.		
अ) ज्या वैद्यकिय अधिका-याचा सल्ला घेतला असेल त्याचे नांव व पदनाम आणि ज्या रुग्णालयाशी किंवा दवाखान्याशी तो संबंधीत असेल त्या रुग्णालयाचे किंवा दवाखान्याचे नांव	:	
ब) किती वेळा सल्ला घेण्यांत आला ती संख्या आणि त्यांच्या तारखा आणि प्रत्येक सल्ल्यासाठी दिलेली फी	:	
क) रुग्णालयाच्या वैद्यकिय अधिका-याच्या रोग-चिकित्सा कक्षात (कन्सल्टिंग रुम)सल्ला घेण्यांत आला की, रुग्णाच्या निवासस्थानी सल्ला घेण्यात आला ते नमूद करावे.	:	
२) रोग निदान करतांना करण्यात आलेल्या विकृती चिकित्सा विषयक, अणुजीव शास्त्रीय, क्ष-किरण शास्त्रीय किंवा इतर तत्सम चाचण्यासाठी आकारण्यात आलेली फी त्यामध्ये पुढील गोष्टी नमूद कराव्यात.		
अ) ज्या रुग्णालयात किंवा प्रयोग शाळेत चाचण्या घेण्यात आल्या होत्या त्या रुग्णालयाचे किंवा प्रयोगशाळेचे नांव	:	
ब) दवाखाना व तपासण्या खर्च	: रु.	
३) बाजारातून खरेदी केलेल्या औषधांचा खर्च (औषधांची सूची व रोखीच्या पावत्या जोडण्यात याव्यांत.)	: रु.	

विशेषज्ञांचा सल्ला घेणे -

विशेषज्ञाला किंवा प्राधिकृत वैद्यकिय देखभाल अधिका-याव्यतिरिक्त एखाद्या अन्य वैद्यकिय अधिका-याला देण्यात आलेली फी त्यामध्ये पुढील गोष्टी दर्शविण्यात याव्यात.

- अ) ज्याचा सल्ला घेण्यांत आला असेल त्या :
विशेषज्ञाचे किंवा वैद्यकिय अधिका-याचे नांव
व पदनाम व तो ज्या रुग्णालयाशी संलग्न
असेल त्या रुग्णालयाचे नांव
- ब) किती वेळा सल्ला घेण्यांत आला ती संख्या व :
जेव्हां सल्ला घेण्यांत आला ती तारीख व प्रत्येक
सल्ल्यासाठी आकारण्यांत आलेली फी.
क) सल्ला रुग्णालयात किंवा विशेषज्ञाच्या किंवा
वैद्यकिय अधिका-याच्या रोग चिकित्सा कक्षात
(कन्सल्टिंग रुम) किंवा रुग्णाच्या निवासस्थानी
घेण्यात आला होता किंवा कसे ?
- ड) त्या प्रातांच्या मुख्य प्रशासकीय वैद्यकिय :
अधिका-याच्या पूर्व मान्यतेने व सल्ल्याने
विशेषज्ञांचा किंवा वैद्यकिय अधिका-याचा सल्ला
घेण्यात आला होता किंवा कसे ? तसा सल्ला
घेण्यात आला असेल तर अशा अर्थाचे
प्रमाण जोडण्यात यावे.
- १०) मागणी केलेली एकूण रक्कम रु. :
११) सहपत्रांची यादी : फॉर्म A/B/C/D व औषधी देयके
१२) कुटूंबातील व्यक्तींची संख्या म्हणजेच १५ ऑगस्ट १) २)
१९६८ रोजी आणि त्यानंतर जिवंत असलेली मुले ३) ४)

कर्मचा-याने सही करून द्यावयाचे प्रतिज्ञापत्र

मी याद्वारे जाहीर करतो की, या अर्जामध्ये केलेली निवेदने माझ्या संपूर्ण माहितीप्रमाणे विश्वासाप्रमाणे खरी असून ज्या व्यक्तीवर वैद्यकिय खर्च करण्यात आला ती व्यक्ती पूर्णपणे माझ्यावर अवलंबून आहे.

या सोबत वैद्यकीय खर्चाची मूळ प्रमाणके/कागदपत्रे (संख्या_____) कार्यालयास सादर करित असून खर्चाची प्रतिपूर्ती मंजूर करण्यास विनंती आहे.

E.mail:

भ्रमणध्वनी/दूरध्वनी क्र:

शासकीय कर्मचा-याची सही व दिनांक

**(कर्मचारी) ज्या कार्यालयाशी संबंधीत आहे त्या
कार्यालयाचे नांव**

CERTIFICATE FORM 'C'

Certificate of expenses for emergency medical treatment is Government Servant
(To be issued by attending private practitioners)

This is to certify that,

Shri / Smit. _____

address _____

_____ employed in the

_____ as a

_____ was treated by the _____

at _____ w.e.f.

_____ to _____ as emergency patient for the

complaints of Vital Sign observed _____

Necessary emergency investigation _____

With results _____

The Diagnosis was _____

Total expenditure (Annexure D) incurred for the treatment was Rs. _____
and details of which are given in form 'D'

Certified that after the emergency treatment the patient was advised to attend authorised
Medical (Authority) attend for treatment.

Place:

Date:

Signature of Medical Officer

Hospital Stamp

CERTIFICATE FORM 'D'

(CERTIFICATE OF EXPENDITURE INCURRED IN DETAILS FOR THE
GOVERNMENT SERVANT TREATED FOR EMERGENCY IN PRIVATE HOSPITAL)
(TO BE FILLED IN BY TREATING DOCTOR AND TO ATTACH WITH ANNEXURE 'C')

Name of Patient :
Date of Admission :
Date of Discharge :
Hospital Registration No. :
Bed Cat :

A)	CHARGES	
1)	i) Admission Charges w.e.f. to @ Rs.	
	ii) Total Days	
2)	Surgeon Charges / Dr. Charges	
3)	Assistant Charges Dr.	
4)	Anesthesia charges	
5)	Operation Theatre Charges	
6)	O.T. Assistant Charges	
7)	Anesthesia Assistant Charges	
8)	Nursing Charges	
9)	INS. Infusion and Transfusion Charges	
10)	Visit Charges @ Rs. Total Visits	
11)	Special Visits by Dr.	
12)	Monitor Charges	
13)	Pathology Charges	
14)	Oxygen Charges	
15)	Pulse Oxy.Charges	
16)	Radiology Charges	
	Total of (A)	

Place:

Date:

Signature of Medical Officer

Hospital Stamp

पती / पत्नी / आई / वडील सेवेत असल्याबाबत /
नसल्याबाबतचा दाखला

मी. श्री. _____ सत्य प्रतिज्ञेवर प्रमाणित करितो की,
माझे कुटुंबात मी एकटाच _____ या
कार्यालयामध्ये _____ या पदावर सेवेत आहे.

माझी पती / पत्नी / आई / वडील / सौ. _____ ही
कोणत्याही खाजगी / निमशासकीय / शासकीय विभागात सेवेत आहे / नाही. अथवा निवृत्ती वेतनधारक व
कुटुंबनिवृत्ती वेतनधारक आहेत / नाहीत. तसेच त्यानां कोणताही वैद्यकीय भत्ता / वैद्यकीय प्रतिपूर्ती मिळत नाही.
ती / ते या कार्यालयामध्ये _____ या
_____ पदावर सेवेत आहे.

कर्मचा-याची सही

कार्यालयाचे नांव _____
कोड नं. _____

- हमी पत्र -

मी _____
सत्य प्रतिज्ञेवर लिहून देतो की, सदरचे वैद्यकीय प्रतिपूर्ती संबंधातील बिल लेखा परिक्षणात नामंजूर करण्यात
आल्यास त्याचे वसुलीच्या रकमेची एक रकमी भरपाई करुन देईन.

तसेच मी हया दाव्यात मागणी केलेल्या रकमेसाठी कोणत्याही खाजगी अथवा शासकीय विमा
कंपनीकडे दावा दाखल केलेला नाही वा करणार नाही.

ठिकाण :

दिनांक :

कर्मचा-याची सही

कुटुंब प्रमाणपत्र

कार्यालयाचे नांव _____

- १) प्रमाणित करण्यात येते की, श्री. / सौ. _____ यांना १५-८-८६ पूर्वी _____ मुले - मुली व १५-८-६८ नंतर _____ मुले - मुली आहेत.
- २) कर्मचा-यांना देण्यात येणा-या वैद्यकीय खर्च प्रतिपूर्ती सवलत संबंधातील नियमानुसार अनुज्ञेय असलेल्या सवलती मिळण्यास ते पात्र आहेत / नाहीत.
- ३) संतती नियमन शस्त्रक्रिया दि. _____ रोजी करण्यात आलेली असून सोबत प्रमाणपत्र जोडले आहे.

स्थळ

दिनांक

कर्मचा-याची सही

- खर्चाचे प्रमाणपत्र -

कर्मचा-याचे नांव _____

हुद्दा _____ संस्थेचे नांव _____

रुग्णाचे नांव _____ वय _____ वर्षे

नाते _____

सत्य प्रतिज्ञेवर प्रमाणित करतो की, _____

हे माझेवर अवलंबून असून त्यांच्या आजारपणासाठीचा औषधोपचाराचा व हॉस्पिटलचा सर्व खर्च मी स्वतः केला आहे.

स्थळ

दिनांक

कर्मचा-याची सही

कुटुंबाचा तपशील

कर्मचा-याचे नांव _____

हुद्दा _____

राहण्याचा पत्ता _____

अ. नं.	सदस्यांची पूर्ण नावे	नाते	जन्मतारीख	वय	व्यवसाय

वरील दिलेल्या माहितीमधील अ.नं. १ ते पुर्णपणे माझेवर अवलंबून आहेत. व दिलेली सर्व माहिती अचूक असून त्याला मी सर्वस्व जबाबदार राहिल.

कर्मचा-याचे नांव व सही

रुग्णालयातील वास्तव्याचा दाखला

दवाखान्याचे नांव :- _____

आजाराचा कालावधी :- _____

रुग्णाचे नांव :- _____

अ.क्र.	वास्तव्याचा प्रकार	दिनांक	दर	एकूण
१.	जनरल वार्ड (सर्वसासामान्य कक्ष)			
२.	जनरल वार्डाच्या सर्वसामान्य कक्षाच्या बाजूचा बाथरूम नसलेला कक्ष (सेमी प्रायव्हेट)			
३.	बाथरूमसह स्वतंत्र कक्ष (प्रायव्हेट रुम)			
४.	बाथरूमसह डबल बेडेड कक्ष (प्रायव्हेट स्पे.रुम)			
५.	बाथरूमसह वातानुकूलित कक्ष (प्रायव्हेट ए.सी रुम)			
६.	अतिदक्षता कक्ष (आय.सी.यु.)			
७.	एन.आय.सी.यु.			
८.				
				एकूण

स्थल :

दिनांक :

वैद्यकीय अधिका-याची सही

व रुग्णालयाचा शिक्का

CERTIFICATES

This is to certify that,

Mr./Mrs. _____

is under my treatment from _____

He/She is suffering from _____

He/She was admitted to this Hospital from _____ to _____

as an EMERGENCY CASE

Drugs prescribed to during his/her hospitalization on period wef to _____
do not contain food, Alcohol, tonic & Blood supplements.

The equipments & IV Sets, Medicines used exclusively for him only. They were
not reused.

Place:

Date:

Signature of Medical Officer

Hospital Stamp

Nursing Certificate

This is to certify that Smt. /Shri _____

Admitted under my case in this hospital his condition was critical and hence required special nurse to take proper care of her / him Nursing was provided from this hospital.

Place:

Signature of Medical Officer

Date:

Hospital Stamp

विशेष परिचर्या प्रमाणपत्र

प्रमाणित _____ करण्यात येते की,
_____ हे/हया डॉ.
_____ यांचे _____
_____ येथील दवाखान्यात दिनांक _____ ते _____ पर्यंत

भरती होते/होत्या. या कालावधीत शस्त्रक्रिया करण्यात आलेली असून महाराष्ट्र राज्य सेवा वैद्यकीय देयक नियम १९६१ नियम २ (७-इ) नुसार नर्सिंग (परिचर्या) आवश्यक असल्याचे सक्षम वैद्यकीय प्राधिका-याचे प्रमाणपत्र देयकासोबत जोडणे आवश्यक असल्याने सदर प्रमाणपत्र देण्यात येत आहे.

वैद्यकीय अधिका-याची स्वाक्षरी
व रुग्णालयाचा शिक्का

अपघात प्रकरणी प्रमाणपत्र

सदर प्रकरणी मी _____ प्रमाणित करतो / करते

की, अपघाताचे स्वरूप पुढील प्रमाणे आहे :-

१) अपघाताचे स्थळ :- _____

२) अपघाताची वेळ :- _____

३) अपघाताचा दिनांक :- _____

४) अपघाताचे कारण :- _____

न्यायलयीन प्रकरण

मी, _____ प्रमाणित करतो / करते की

सदर प्रकरणी न्यायलयात प्रकरण दाखल केले आहे / नाही. तसेच सदर अपघात प्रकरणी मला

अथवा माझ्या कुटुंबियांना कोणत्याही प्रकारची नुकसान भरपाई मिळाली आहे / नाही वा सदर

नुकसान भरपाईचा दावा आम्ही केलेला आहे / नाही व यापुढेही करणार आहे / नाही.

स्थळ :

दिनांक :

कर्मचा-याची सही

महिला कर्मचारी / अधिका-यांसाठी प्रमाणपत्र

वैद्यकीय देखभाल नियम १९६१ नियम ३(३) अन्वये मी, _____
पदनाम _____ प्रमाणित करते की, माझी आई / माझे वडील हे सर्वस्वी माझेवर
अवलंबून असून ते माझ्याबरोबर राहात आहे. तसेच मी माझ्या कुटुंबामध्ये माझ्या सासू-सास-यांच्या
ऐवजी आई-वडिलांची निवड केली आहे. सदर विकल्पाची माझ्या सेवापुस्तकांतील नोंदीची
साक्षांकित प्रत सदर प्रमाणपत्रासोबत जोडण्यात येत आहे.

स्थळ :-

दिनांक :-

कर्मचा-याची सही