



भारतीय सूचना प्रौद्योगिकी संस्थान, इलाहाबाद
Indian Institute of Information Technology, Allahabad

(संसद के अधिनियम द्वारा राष्ट्रीय महत्व का संस्थान)

(An Institute of National Importance, by Act No. 30 of 2014, of the Parliament of India)

चिकित्सीय प्रतिपूर्ति आवेदन (छात्रों हेतु)
MEDICAL CLAIM FORM (FOR STUDENTS)

दिनांक /Date:

सेवा में /To,

.....

.....

महोदय /Sir,

मैं स्वयं के इलाज हेतु मेरे द्वारा किए गए व्यय के संदर्भ में रु

(शब्दों में) का

चिकित्सीय दावा प्रस्तुत कर रहा हूँ / I am submitting herewith Medical Reimbursement claim of Rs.....

(In words)

on account of Medical Expenditure incurred by me for treatment of Self.

मैं प्रमाणित करता हूँ / I CERTIFY THAT:

- 1) बिल प्राधिकृत चिकित्सीय अधिकारी द्वारा यथोचित प्रमाणित/हस्ताक्षरित हैं / THE BILLS ARE DULY CERTIFIED / SIGNED by authorized MEDICAL AUTHORITY.

संलग्नक / Encl: 1). चिकित्सकीय परामर्श / Prescriptions

2). रसीद के विवरण निम्नानुसार / Details of Receipts as given below:

(1) क्र०सं० Sl. No.	(2) कैश मेमो/बिल रसीद सं० एवं दिनांक Cash Memo / Bill Receipt No. & Date	(3) राशि (रु०) Amount (Rs.)

घोषणा : मैं एतद्वारा प्रमाणित करता हूँ कि मेरे द्वारा स्तंभ (3) में प्रार्थित राशि, मेरे द्वारा नकद भुगतान की गई है।

Declaration: I hereby certify that the amount claimed by me in Column (3) above has been paid by me in CASH.

भवदीय / Yours faithfully,

हस्ताक्षर /Signature:

नाम /Name:

अनुक्रमांक सं०/Enroll. No.:

मोबाइल नं० /Mobile No:

दिनांक /Date:

बैंक खाता संख्या / Bank Account Details:

- 1) बैंक का नाम /Bank Name :
2) बैंक खाताधारक का नाम /Bank A/c. Holder Name :
3) बैंक खाता सं०/Bank Account No. :
4) IFSC कोड / IFSC Code :