भारतीय सूचना प्रौद्योगिकी संस्थान, लखनऊ

INDIAN INSTITUTE OF INFORMATION TECHNOLOGY, LUCKNOW

An Institute of National Importance by Act of Parliament

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

							दिन	नांक /Da	ate: -		_/	<u>/</u>	
सेवा में /Т	ο,												
महोदय /Si	r,												
में स्वयं के इ	लाज हेतु मेरे द्वारा किए गए व्यय के संदर्भ में रू												
(शब्दों में)											_) का चि	कित्सीय दावा	
प्रस्तुत कर र	हा हूं / I am submitting herewith Medical F	Reimburse	ment (claim (of Rs								
(In words) of Medical Expenditure incurred by me for treatment of Self.)or	n account				
मैं प्रमाणि 1) विल प्रा MEDIC	ात करता हूं / I CERTIFY THAT: धिकृत चिकित्सीय अधिकारी द्वारा यथोचित प्रमाणित /हस्ताक्षरित हैं AL AUTHORITY.						FIED	/ SIGN	NED b	y aut	horize	ed	
	Encl: 1). चिकित्सकीय परामर्श / Prescriptions क्रे विवरण निम्नानुसार / Details of Receipts as giv	ven below:											
(1) क्रoसंo SI.No.	(2) कैश मेमो /बिल रसीद संo एवं दिनांक Cash Memo / Bill Receipt No. & Date										(3) राशि (रू०) Amount (Rs.)		
1.													
2.													
3.													
4.													
5.													
6.													
7.													
8.													
9.													
10.													
घोषणा ः में Declara CASH.	। ं एतदद्वारा प्रमाणित करता हूं कि मेरे द्वारा स्तंभ (३) में प्राधि ation: I hereby certify that the amoun	र्यत राशि, मेरे ड t claimed	ारा नकद by m	e in C	olum	n (3) a							
	हस्ताक्षर /Signature:												
				नाम	/Nan	ne:							
	अनुक्रमांक संo/Enroll. No.:												
5	- / Donk Apparent Datalla			मोव	बाइल नं0	/Mob	ile No):					
वैंक खाता संख्या / Bank Account Details 1) वैंक का नाम /Bank Name :													
2) बैंक खाताधारक का नाम /Bank A/c. Holder Name 3) बैंक खाता संo/Bank Account No.		:											
4) IFSC कोड / IFSC Code		:											