

**राजा रामन्ना प्रगत प्रौद्योगिकी केन्द्र /RAJA RAMANNA CENTRE FOR ADVANCED TECHNOLOGY**

सीएचएसएस के तहत आरआरकेट चिकित्सा अधिकारी/एमए द्वारा अनुषंसित दवाइयों आदि की खरीद पर हुए व्यय की प्रतिपूर्ति का दावा करने के लिए आवेदन-पत्र / **APPLICATION FOR CLAIMING REIMBURSEMENT OF EXPENSES ON PURCHASE OF MEDICINES ETC. RECOMMENDED BY RRCAT MEDICAL OFFICER/ AMA UNDER CHSS**

**भाग-I/PART-I (आवेदक द्वारा भरा जावे/To be filled by the Applicant)**

आवेदक का नाम/Name of the Employee	पद /Designation	प्रभाग /Division	संस/Comp. Code No.

सीएचएसएस लाभार्थी का नाम /Name of the CHSS Beneficiary	सीएचएसएस संख्या /CHSS No.	सम्बन्ध /Relation

व्यय की गई धनराशि का विवरण /Details of expenses					
क्र.सं. /Sr. No.	रसीद /Cash Memo			औषधियों के नाम /Names of the Medicines *	परामर्शदाता एमए का नाम /आरआरकेट चिकित्सा अधिकारी जिसके द्वारा औषधियाँ निर्धारित की गईं/Name of consulting AMA/ RRCAT Medical Officer who prescribed the medicines
	सं./No.	दिनांक/Date	रकम/Amount (in ₹)		
					मेडिकल स्टोर का नाम/Name of Medical Store(s)

*औषधियों की संख्या अधिक होने पर अलग शीट संलग्न करें/Attach separate sheet in case number of medicines is more.*

संलग्नक /Enclosures: दवाओं का नुस्खा /Prescriptions - ( सं/Nos.) रसीद /Cash Memos - ( सं/Nos.)

प्रतिपूर्ति के उद्देश्य से आवेदक का बैंक विवरण/Bank details of the Applicant for the purpose of reimbursement:

बैंक का नाम / Name of Bank	
खाता संख्या / Account No.	
आईएफएससी कोड / IFSC Code	
मोबाईल नम्बर / Mobile Number	
ईमेल / Email	

आवेदक के हस्ताक्षर/Signature of Applicant

दिनांक /Date \_\_\_\_\_

परामर्शदाता एमए/आरआरकेट चिकित्सा अधिकारी के हस्ताक्षर/  
Signature of consulting AMA/ RRCAT Medical Officer

दिनांक /Date \_\_\_\_\_

*सीएचएसएस के तहत अनुमत नहीं होने वाली वस्तुओं (उदाहरण के लिए खाद्य पूरक/हर्बल अर्क/कीटाणुनाशक/सौन्दर्य प्रसाधन/प्रसाधन आदि) को प्रतिपूर्ति के लिए अनुमति नहीं दी जाएगी /*

**Note:** *The items not permissible under CHSS (e.g. food supplements/ herbal extracts/ disinfectants/cosmetics/ toiletries etc.) shall not be allowed for reimbursement.*

**Part II (For use at RRCAT Medical Centre)**

Amount claimed (in ₹)	Amount approved (in ₹)
₹ _____	₹ _____

Details of amount disallowed		
Amount (in ₹)	Names of Medicines	Reason
₹ _____		

Signature of In-charge, RMC

Date \_\_\_\_\_

Signature of Assistant Personnel Officer, RMC

Date \_\_\_\_\_

**PART-III- For use in Pension & Medical Section**

Admitted and passed for payment of ₹ \_\_\_\_\_ through salary for \_\_\_\_\_

Dealing assistant / Assistant Accountant

Assistant Accounts Officer