



**भारतीय नौवहन निगम लिमिटेड**  
**The Shipping Corporation Of India Ltd.**

सेवानिवृत्ति पश्चात् चिकित्सा योजना के तहत प्रतिपूर्ति के दावे के लिए फॉर्म  
**FORMAT TO CLAIM REIMBURSEMENT UNDER POST-RETIREMENT MEDICAL SCHEME**

1.	निवृत्त कर्मचारी का नाम <b>Name of the Retired Employee</b>	
2.	कर्मचारी कोड नं./ <b>Emp. Code No.</b>	
(क/A)	<b>आवासीय उपचार / DOMICILIARY TREATMENT</b> (प्रमाणीकरण आधार पर / On Certification basis)	
	दावाकृत कुल राशि/ <b>Total amount claimed</b> :	
(ख/B)	<b>अस्पताली उपचार/HOSPITALISATION TREATMENT</b> (नयी पीआरएम योजना के लिए लागू नहीं /Not applicable for New PRMS)	
	(i) अस्पताल, नर्सिंग होम का नाम और पता / <b>Name &amp; Address of Hospital, Nursing Home</b>	
	(ii) अस्पताल में उपचार की अवधि <b>Duration of Hospitalisation</b>	
	(iii) अस्पताल का कुल बिल <b>Total Hospital bill</b>	
	दावे की कुल रकम (क+ख) <b>Total Claim (A+B)</b> :	

अधोहस्ताक्षरी एतद् द्वारा घोषित करता/करती है कि \_\_\_\_\_ से \_\_\_\_\_ तक की अवधि के दौरान स्वयं / पति / पत्नी, श्री/श्रीमती \_\_\_\_\_ के चिकित्सा उपचार के लिए उपर्युक्त व्यय वास्तव में मेरे द्वारा खर्च किए गए हैं.

The undersigned hereby declare that expenses mentioned above for medical treatment for self/spouse **Shri/Smt.** \_\_\_\_\_ during the **Period from** \_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_ has actually been incurred by me.

नीचे दिए गए विवरण के अनुसार कृपया मेरे बैंक खाते में राशि जमा करते हुए उपर्युक्त व्यय की प्रतिपूर्ति की जाए.

**The amount may please be reimbursed to me by crediting the amount in my bank account as per details given below (FILL THE BELOW DETAILS ONLY IF THE BANK DETAILS ARE CHANGED)**

राशि अंतरित करने के लिए बैंक खाता नं. <b>Amount to be transferred to Bank A/c.No</b>		
<b>बैंक का नाम / Name of Bank</b>		
ब्रांच का नाम और पता <b>Branch Name &amp; Address</b>		
बैंक का 9 डिजिट एमआईसीआर कोड नम्बर <b>9 Digit MICR Code No. of Bank</b>		
बैंक का 11 डिजिट आईएफएससी कोड नम्बर <b>11 Digit IFSC Code No. of Bank</b>		
हस्ताक्षर / <b>Signature</b>		
नाम / <b>Name</b>		
पता / <b>Address</b> : (FILL THE ADDRESS COLOUM ONLY IF THE ADDRESS IS CHANGED)		
ई-मेल / <b>E-mail</b>		
दूरभाष नं./ <b>Telephone No.</b>	आवासResi.	मोबाईलMob.
दिनांक / <b>Date</b>		