

माझगांव डॉक शिपबिल्डर्स लिमिटेड /Mazagon Dock Shipbuilders Limited

माझगांव डॉक अधिकारियों का सेवा निवृत्त पश्चात चिकित्सा योजना

Mazagon Dock Executives Post Retirement Medical Scheme

अस्पताल दावा प्रपत्र (एमडीईपीआरएमएस) - 2014

(MDERRMS) - 2014 HOSPITALISATION CLAIM FORM

अधिकारी का नाम ----- कर्म आईडी सं -----
NAME OF EXECUTIVE EMP ID NO

सेवा निवृत्त: -----, ----- के पद पर निवृत्त
DATE OF RETIREMENT RETIRED AS

रोगी का नाम:----- रोगी से संबंध -----
NAME OF PATIENT RELATIONSHIP WITH PATIENT

मोबाईल नं: ----- वैकल्पिक मोबाईल नं: -----
MOBILE NO ALTERNATE MOBILE NO

भर्ती की तारीख :----- डिस्चार्ज की तारीख :-----
DATE OF ADMISSION DATE OF DISCHARGE

बीमारी (निदान):----- पंजीकरण सं -----
ILLNESS (DIAGNOSIS) REGISTRATION NO

कर्मचारी द्वारा उपगत कुल खर्च: रु. -----
TOTAL EXPENSES INCURRED BY EMPLOYEE: RS

शब्दों में/ IN WORDS : -----

बैंक का ब्योरा (कोई परिवर्तन होने पर भरा जाए):

BANK DETAILS (TO BE FILLED IF ANY CHANGE)

बैंक का नाम एवं पता: -----

----- खाता सं -----

आईएफएससी कोड: ----- एमआईसीआर कोड: -----

NAME & ADDRESS OF THE BANK: -----

----- ACCOUNT NO: -----

IFSC CODE: ----- MICR CODE: -----

डिस्चार्ज कार्ड की प्रति / पैथोलॉजी रिपोर्ट की प्रति/ डॉक्टरों की पर्ची, अस्पताल के दस्तावेज़ आदि इसके साथ जोड़े।

PHOTOCOPY OF DISCHARGE CARD/ COPY OF PATHOLOGY REPORTS/ DOCTORS PRESCRIPTION, HOSPITAL PAPERS ETC ARE ATTACHED HEREWITH.

कर्मचारी का हस्ताक्षर
SIGNATURE OF THE EMPLOYEE

