

कर्मचारी सञ्चय कोष
सञ्चयकर्ता स्वास्थ्य उपचार योजना
शोधभर्ना दावी फाराम

श्री कर्मचारी सञ्चय कोष,

.....

विषय : स्वास्थ्य उपचार खर्च शोधभर्ना पाउँ ।

म/मेरो पति/पत्नी अस्पतालमा भर्ना भई उपचार गराएकोले कर्मचारी सञ्चय कोषको नियमानुसार उपलब्ध हुने स्वास्थ्य उपचार सुविधा रकम भुक्तानी दिन अनुरोध छ । यसमा संलग्न गरिएको कागजात र विवरण ठीक छन् । पछि कुनै कुरा झुठो सावित भएमा कानून बमोजिम सहुल्ला बुझाउँला। उक्त रकम मैले कोषमा अद्यावधिक गराएको मेरो बैंकमा रहेको खाता नं. माफत पाउन अनुरोध छ ।

(क) सञ्चयकर्ताको विवरण:

१. सञ्चयकर्ताको नाम थर:	
२. सञ्चयकर्ताको परिचयपत्र नम्बर:	
३. कोषकट्टी शुरु भएको साल र महिना:	
४. सञ्चयकर्ताको कार्यालय:	
५. यस अघि सुविधा उपभोग गरेको मिति:	

(ख) उपचार भएको व्यक्तिको विवरण:

१. नाम थर:	
२. नागरिकता नम्बर र जारी जिल्ला:	
३. सञ्चयकर्तासँगको नाता:	
४. अस्पतालको नाम:	
५. अस्पताल भर्ना मिति:	
६. डिस्चार्ज मिति:	

(ग) आवेदकको स्वघोषणा: मैले यो सुविधा प्राप्त गर्न पेश गरेको बील भरपाई लगायतका कागजात दोहोरो सुविधा लिने उद्देश्यले कार्यरत कार्यालय वा अन्य कुनै निकायमा यस अघि दावी नगरेको र भविष्यमा समेत दावी नगर्ने घोषणा गर्दछु । योजनाको विनियम अनुसार कोषले गरेको निर्णय मलाई मान्य हुनेछ र उक्त निर्णय उपर कहीं कतै उजुर बाजुर गर्नेछैन ।

(घ) आवेदकको विवरण

१. हस्ताक्षर:	
२. नाम थर:	
३. सम्पर्क नम्बर:	
४. सञ्चयकर्तासँगको नाता:	

रेखात्मक सहि छाप	
दायाँ	बाँया

(ङ) कार्यालयको सिफारिस: उल्लिखित विवरणका स्थायी कर्मचारी/निजको पति/पत्नी अस्पतालमा भर्ना भई उपचार गराएको व्यहोरा प्रमाणित गर्दै कोषको नियमानुसार पाउने स्वास्थ्य उपचार खर्च शोधभर्ना गरिदिनको लागि सिफारिस गर्दछौं । यस निवेदन फारममा हाप्प्रे रोहवरमा रेखात्मक र लेखात्मक सहिछाप भएको व्यहोरा समेत अनुरोध छ ।

१. कार्यालय प्रमुखको हस्ताक्षर:	
२. कार्यालय प्रमुखको नाम थर:	
३. दर्जा:	
४. कार्यालय प्रमुखको परिचयपत्र नम्बर :	
५. कार्यालयको नाम:	
६. मिति:	

कार्यालयको छाप

(च) संलग्न कागजातहरू :

(१) अस्पताल भर्ना OPD (Out Patient Department) / Emergency Card को प्रतिलिपि, Cardex को प्रतिलिपि (अस्पतालको छाप सहित) र Discharge Summary को सक्कल प्रति (अस्पतालको छाप सहित),	
(२) उपचारको क्रममा सेवानिबृत्त सञ्चयकर्ताको हकमा अवकाश भएको पत्रको प्रतिलिपि,	
(३) Prescription बमोजिम रोग परीक्षण, Pathology र चिकित्सकको सिफारिस बमोजिमको रोग निदान (Diagnosis) का रिपोर्टहरू,	
(४) अस्पताल भर्ना र Discharge अवधि भित्र विरामीको नाममा जारी भएका, स्थाई लेखा नम्बर (Permanent Account Number -PAN) र छाप भएको उपचार खर्च तथा औषधिको System Generated सक्कल कर बिजकहरू,	
(५) सञ्चयकोष परिचयपत्रको प्रतिलिपि र नागरिकताको प्रतिलिपि,	
(६) सञ्चयकर्ताको पति/पत्नीको उपचार गरेको भएमा निजको नागरिकताको प्रतिलिपि,	
(७) सञ्चयकर्ताको पति वा पत्नीको उपचार गरेकोमा विवाह दर्ता वा नाता खुल्ने प्रमाणितपत्र	
(८) उपचारको क्रममा मृत्यु भएको सञ्चयकर्ता वा सञ्चयकर्ताको पति/पत्नीको हकमा मृत्यु दर्ता प्रमाणपत्र र नाता प्रमाणित पत्रको प्रतिलिपि तथा हकवालाको नागरिकता वा राहदानी वा सरकारी निकायबाट जारी भएको फोटो सहितको परिचय खुल्ने परिचय पत्रको प्रतिलिपि,	
(९) सञ्चयकर्ता वा निजको पतिपत्नी/आफैले चलाएको सवारी साधन दुर्घटना भई उपचार गराउँदाको अवस्थामा सवारी चालक अनुमति पत्रको प्रतिलिपि,	
(१०) Credit Billको हकमा Credit Clearance Statement,	
(११) Road Traffic Accident/RTAको हकमा प्रहरी प्रतिवेदन र मिलापत्रको प्रतिलिपि	
(१२) आवश्यक थप कागजातहरू ।	

द्रष्टव्य : (१) अस्पतालबाट डिस्चार्ज भएको मितिले दुई महिना र विरामीको मृत्यु भएको हकमा तीन महिनाभित्र कोषमा भुक्तानी दाबी गरिसक्नुपर्नेछ ।

(२) दावी फाराममा कसैले जानी जानी झुठा व्यहोरा पारेमा वा पार्न लगाएमा सो व्यक्तिलाई कर्मचारी सञ्चय कोष ऐन तथा प्रचलित कानून बमोजिम सजाय हुनेछ र सो व्यक्तिको उक्त कामबाट कोषलाई हानी नोक्सानी हुन गएको रहेछ भने त्यसरी हानी नोक्सानी परेको रकम समेत निजबाट कोषलाई भराइनेछ ।

EMPLOYEES PROVIDENT FUND

Pulchowk, Lalitpur, Nepal

Medical Treatment Reimbursement Claim Form

उपचार गराएको
व्यक्तिको फोटो

(अस्पतालको छाप फोटोमा पर्ने गरी)

MEDICAL CERTIFICATE TO BE COMPLETED BY ATTENDING DOCTOR

A. Patient Information

Patient's Name:	
Age/Gender:	
Hospital's Name:	
Admission Date:	
Discharge Date:	
Medical Examiner's Name:	

B. Illness/ Injury

Details of illness:	
Date of diagnosis:	

C. Certify By Attending Doctor:

Signature of Doctor:	
Name of Doctor:	
NMC No. of Doctor:	
Qualification of Doctor:	
Seal of Hospital (अस्पतालको छाप)	