

अनुसूची २

(कार्यविधिको दफा २६ खण्ड क सँग सम्बन्धित)
अस्पतालले कोष समक्ष पेश गर्ने दावी फारम

१. अस्पतालको विवरण :

अस्पतालको नाम :			
अस्पतालको सूचीकरण नं. :			
ठेगाना :			
प्रदेश :		जिल्ला :	
गा.पा/न.पा/उप.म.न.पा./म.न.पा.:		वडा नं.	
टोल :		ब्लक नं.	

२. चिकित्सक विवरण (चिकित्सक प्रयोजन)

उपचार गरिएको श्रमिकको नाम :.....

सामाजिक सुरक्षा नं.:.....

उपचार गर्नेको नाम :.....

अस्पताल भर्ना हुनुपर्ने कारण :

(१) दुर्घटना :

(२) प्रसूति :

(३) दुर्घटना र प्रसूति बाहेकको विरामी :

(४) Referral Case:

(५) विरामीको प्रकृति :

(६) निरन्तर जाँच गर्नुपर्ने/नपर्ने :

निरूपणको लागि सुझाव दिइएका

(क) (रोगका लक्षण) (ख) (radiology) (ग)..... (भाइरोलोजी)

(घ) (ड) (च) (छ)

३. स्वास्थ्य लाभमा लागेको समय :-

(क) : महिनादिन.....

४. दावी गरिएको रकम :-

(क) चिकित्सकको परामर्श सेवा वापत रु.....

(ख) अस्पताल भर्ना वापत रु.....

(.....महिना.....दिनको प्रतिदिन.....का दरले)

(ग) निदान तथा परीक्षण सेवा वापतको खर्च रु.....

(घ) औषधीको बिल बमोजिमको खर्च.....

(ङ) अन्य.....

जम्मा रु.....

योगदानकर्ताले तिर्नु पर्ने रकम (कूल खर्चको २०%) : रु.....

योगदानकर्ताले तिरेको जम्मा रकम : रु

अस्पताललाई भुक्तानी बाँकी रकम : रु

५. अस्पतालको प्रतिवेदन

उल्लेखित योगदानकर्ता लाई यस अस्पतालले औषधी उपचार गरेको व्यहोरा ठीक साँचो छ । यस विवरण मा कुनै कुरा भुटा उल्लेख गरिएको छैन । विवरणमा कुनै कारणले फरक परेमा प्रचलित कानून बमोजिम सहुला बुझाउँला भनी सही गर्ने -

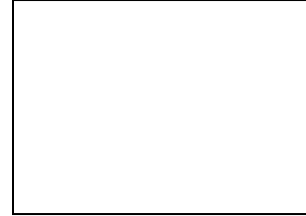
अस्पतालको आधिकारिक व्यक्तिको हस्ताक्षर:.....

नाम :

पद :

मिति :

अस्पतालको छाप



६. सामाजिक सुरक्षा कोषले प्रमाणित गर्ने

प्रमाणित गरिएको रकम :

रकम भुक्तानी (अङ्कमा) :

रकम भुक्तानी (अक्षरमा) :

नाम :

पद/तह :

दस्तखत :

मिति :

७. चेक लिस्ट

(क) सामाजिक सुरक्षा प्रमाणपत्र

(ख) उपचार गरिएको श्रमिकको चिकित्सकले जाँच गरेको कागजात

(ग) अन्य सम्बन्धित कागजातहरू ।