

कर्मचारी सञ्चयकोष

अनुसुची-१

सञ्चयकर्ता औषधोपचार सहयोग कार्यक्रम अनुरूप उपचार खर्च शोधभर्नाका लागि निवेदन श्री कर्मचारी सञ्चय कोष,

..... । **बिषय : औषधोपचार खर्च शोधभर्ना पाउँ ।**

म..... मिति मा..... समयमा रोग लागि उपचार गराएकोले कोषको नियमानुसार औषधोपचार रकम पाउनका लागि देहाय बमोजिमका उपचार सम्बन्धी प्रमाणहरू संलग्न गरी यो दाबी फारम पेश गरेको छु । यसमा संलग्न गरिएका उपचार सम्बन्धी कागजात र विवरण ठीक छन् पछि कुरा भुठो सावित भएमा कानून सहूला बुभाउँला ।

बिरामी प्रमाणित गर्न संलग्न कागजातहरू	
१	२
३	४
५	६
७	८

निवेदक
निवेदक (आफै/हकवाला) को दस्तखत :
निवेदक/हकवालाको नाम थर :
सञ्चयकर्ताको नाम थर :
सञ्चयकर्ताको परिचय पत्र नं.:
सञ्चयकर्ताको उमेर :
सञ्चयकर्ताको बाबूको नाम थर :
सञ्चयकर्ताको आमाको नाम थर :
स्थायी ठेगाना :
कार्यालयको नाम ठेगाना :
भुक्तानी लिनेको मो. नं. :
भर्ना भएको अस्पतालको नाम, ठेगाना :
कार्यालयको शुरु नियक्ति मिति :

औठा छाप

दायाँ	बायाँ

सञ्चयकर्ताको कार्यालयबाट प्रमाणित गर्ने :

यस कार्यालयका दर्जाका प.प.नं. का कर्मचारी श्री को मिति मा बिरामी भई उपचार भएको व्यहोरा प्रमाणित गर्दै कोषको नियमानुसार पाउने औषधोपचार रकम भुक्तानीका लागि सिफारिस गर्दछौं । निज कर्मचारीको मिति देखि हालसम्म यस कार्यालयबाट नियमित रूपले कोषकट्टी भएको छ । निज कर्मचारी/निजको हकवाला श्री ले क्षतिपूर्ति रकम भुक्तानी पाउन दाबी फारममा हाम्रो रोहबरमका रेखात्मक र लेखात्मक सहिछाप गर्नु भएकोले क्षतिपूर्ति रकम स्वयं/कार्यालय मार्फत उपलब्ध गराई दिनुहुन अनुरोध छ ।

लेखा सम्बन्धी काम गर्ने कर्मचारी	कार्यालय प्रमुख
दस्तखत :	दस्तखत :
नाम थर :	नाम थर :
दर्जा :	दर्जा :
परिचय पत्र :	परिचय पत्र :
कार्यालयको नाम :	कार्यालयको नाम :
मिति :	मिति :
कार्यालयको छाप :	कार्यालयको छाप :