



सी.ई.ये./CET
राँची/Ranchi

चिकित्सा प्रतिपूर्ति बिल MEDICAL RE-IMBURSEMENT BILL

₹					
---	--	--	--	--	--

नाम Name पदनाम Design का सं. Pl. No.

रोगी का नाम सम्बन्ध सहित एवं हॉस्पिटल का कार्ड सं. Name of the Patient with Relationship & Hosp. Card No.	दवा बिक्रेता का नाम एवं डॉ. का नाम Name of the Chemist & Doctor's Name	नकद रसीद सं. और तिथि Cash Memo No. & Date	राशि Amount
संलग्नक : Encl. : सं. : Nos.			
कर्मचारी का ह. Signature of Employee Date.....	प्रतिपूर्ति न होनेवाली राशि छोड़कर Less Amount not re-imbursable कुल देय राशि Net Amount Payable	कुल / Total	

(वित्त विभाग के प्रयोग हेतु)
(For use in Finance)

ए/सी कोड
A/C CODE
66118

नाम स्टाफ कल्याण चिकित्सा व्यय
Dr. Staff Welfare Exp. Medical

भुगतान हेतु पारित रु०

Passed for Rs. Rupees.)

ओ एस/एस. ओ
OS/SO

लेखापाल
Acctt.

जे एम /ए एम/डी एम (एफ एण्ड ए)
JM/AM/DM/DM (F & A)