

# भारत कोकिंग कोल लिमिटेड

(कोल इण्डिया लिमिटेड का एक अंग)

तिथि: \_\_\_\_\_

## फार्म II

नाम \_\_\_\_\_ पदनाम \_\_\_\_\_ मूल वेतन ₹ \_\_\_\_\_

कर्मि संख्या \_\_\_\_\_ सी.सी. नं० \_\_\_\_\_ विभाग/ इकाई \_\_\_\_\_ क्षेत्र \_\_\_\_\_

क्रम संख्या	तिथि	मरीज का नाम	संबंध	डॉ० का नाम प० स०	तारीख के साथ चिकित्सा स्थान	खर्च की गई रकम रु० पैसा	कुल	अभ्युक्ति

मैं यह प्रमाणित करता/ करती हूँ कि इस फार्म में दिए गए सभी विवरण सत्य हैं और परिवार के सभी सदस्य जिनके लिए उक्त चिकित्सा खर्च किया गया है वे मुझ पर पूर्णतः आश्रित हैं और मेरे साथ ही रहते हैं। CIL चिकित्सा सहायता नियमावली के अनुसार चिकित्सा खर्च को प्रतिपूर्ति पाने के हकदार हैं।

संलग्न : दवा पर्ची, केश मेमो, आदि.

नियंत्रण पदाधिकारी का हस्ताक्षर

नाम : \_\_\_\_\_

सील: \_\_\_\_\_

तिथि: \_\_\_\_\_

कर्मचारी का हस्ताक्षर/ LTI/RTI

तिथि: \_\_\_\_\_