

**ओपीडी उपचार - दावा शीट - पॉलिसी वर्ष 2026-27**

रोगी का नाम			
पी एफ नंबर			
क्लास एवं ग्रेड			
समाधान आईडी			
पॉलिसी नंबर			
दावा	स्वयं <input type="checkbox"/>	पति/पत्नी <input type="checkbox"/>	आश्रित संतान <input type="checkbox"/>
पता (ब्लॉक अक्षरों में)			
मोबाईल नंबर			
ईमेल आईडी			
बीमारी का प्रकार			
बीमारी की अवधि			

**किये गये खर्चे (कृपया प्रत्येक बिल के लिये प्रत्येक पंक्ति अलग से भरें)**

खर्च का प्रकार	बिल की तारीख	बिल नंबर	क्लिनिक का नाम/ डॉक्टर/ प्रयोगशाला/ फार्मसी/अन्य	रकम (₹.)	क्या सभी वास्तविक दस्तावेज जोड़े गये हैं (हां/नहीं)
सलाह					
दवाई					
पैथोलॉजी या अन्य जांचे					

अन्य					
			कुल रकम		

स्थान \_\_\_\_\_

दिनांक \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (बीमित के हस्ताक्षर)

**टिप्पणी:** कृपया उपर्युक्त दस्तावेजों की मूल प्रति ओपीडी दावा शीट के साथ लगाएं। आप भविष्य के दावों के लिये इस दावा शीट की प्रति रख सकते हैं।