



राजस्थान सरकार स्वास्थ्य योजना के अन्तर्गत पेंशनर्स हेतु राशि रू. 20,000/- की सीमा से अधिक व्यय होने पर राशि सीमा बढ़ाने बाबत प्रार्थना पत्र

परियोजना निदेशक,  
आरजीएचएस, वित्त भवन, जयपुर

कृपया निःशुल्क दवाईयों की पूर्ति हेतु निर्धारित सीमा (राजस्थान सरकार स्वास्थ्य योजना) के अन्तर्गत सीमा राशि बढ़ाने की कृपा करें। मेरे चिकित्सा सम्बन्धों एवं अन्य विवरण का भाग-प्रथम (पेंशनर द्वारा भरा जाएगा)

1. पूरा नाम .....
2. पता मय टेलीफोन नं. ....
3. पीपीओ न ..... :
4. आरजीएचएस कार्ड नं. ....
5. बीमारी की प्रकृति .....
6. चिकित्सा किये जाने वाले चिकित्सक का नाम .....  
पद एवं पदस्थान स्थान
7. चिकित्सक द्वारा कब से ईलाज किया जा रहा है .....
8. निर्धारित सीमा राशि का प्रार्थना पत्र की दिनांक तक कितना प्रयुक्त हो चुका है .....  
रुपये ..... पत्र कुल स्वीकृत राशि रू. ....
9. मेरी जानकारी में उपरोक्त वर्णित सूचनाएं सही हैं।  
(अन्तिम बिल की प्रति)

हस्ताक्षर पेंशनर

(पूरा नाम) .....

**भाग – द्वितीय (चिकित्सक द्वारा भरा जाए)**

1. नाम व रोग की प्रकृति .....
2. कब से आपके द्वारा उपचार किया जा रहा है. ....
3. सम्भावित उपचार की अवधि .....
4. स्वीकृत दवाईयां जो आप द्वारा सलाह की गयी है .....
5. दवाईयों के मूल्यानुसार सम्भावित मासिक व्यय .....

हस्ताक्षर चिकित्सक  
मय सील