

তারিখঃ

সংযুক্তিঃ চিবি ফর্ম # এইচ.আর-২৩

বরাবর

পরিচালক মহোদয়

রিসোর্স ইন্টিগ্রেশন সেন্টার (রিক)

মাধ্যম

বিভাগীয় প্রধান/সংশ্লিষ্ট কর্মকর্তা

রিসোর্স ইন্টিগ্রেশন সেন্টার (রিক)

বিষয়ঃ চিকিৎসা বিল

মহোদয়,

বিনীত নিবেদন এইযে, আমি/আমার দূর্ঘটনা জনিত/অঙ্গহানী বা বিকলঙ্গ/জটিল রোগে অসুস্থ হয়েতারিখ হইতে তারিখ পর্যন্ত চিকিৎসকের অধীনে চিকিৎসাধীন অবস্থায়/..... হাসপাতালে ভর্তি ছিলাম/ছিলা নিম্নে আমার/সংশ্লিষ্ট রোগীর চিকিৎসা/রোগের বিবরণসহ চিকিৎসা বিল পেশ করা হলোঃ

নামঃ এমপ্লয়ী কোড নংঃ বিভাগ/প্রকল্পঃ

পদবীঃ যোগদানের তারিখঃ চাকুরীর মেয়াদঃ

শাখাঃ এরিয়াঃ জোন/কর্মস্থলঃ

চিকিৎসা/রোগের বিবরণঃ

দূর্ঘটনার বিবরণ	অঙ্গহানী/বিকলঙ্গের বিবরণ	জটিল রোগের বিবরণ

চাকুরীকালীন সময় কতবার নিজের জন্য সুবিধা গ্রহণ করা হয়েছে এবং পরিবারের জন্য কতবার সুবিধা গ্রহণ করা হয়েছে

চিকিৎসা ব্যয়/খরচের বিবরণঃ

ক্র.নং	তারিখ	বিবরণ	খরচের পরিমাণ (টাকা)	প্রকৃত প্রদেয় (টাকা)	মন্তব্য

উপরোক্ত বিল যাচাই সাপেক্ষে প্রদানের জন্য অনুরোধ করা হলো।

কর্মচারীর স্বাক্ষর প্রত্যক্ষ সুপারভাইজার এরিয়া/সংশ্লিষ্ট কর্মকর্তা জোন/কেন্দ্রীয় কার্যালয়

মোট খরচঃ	নীতিমালা অনুযায়ী প্রদেয়ঃ
সংশ্লিষ্ট কর্মকর্তা-হিসাব বিভাগঃ	বিভাগীয় প্রধান (হিসাব ও অর্থ)ঃ

সদস্য/সচিবের স্বাক্ষরসহ সীল-কর্মচারী কল্যাণ তহবিল (যদি) সংশ্লিষ্ট প্রকল্প/বিভাগীয় প্রধান অনুমোদনকারী

* সকল সাপোর্টিং-এ আবেদনকারীর স্বাক্ষরসহ প্রত্যক্ষ সুপারভাইজার ও উর্দ্ধতন কর্মকর্তার স্বাক্ষরসহ চিকিৎসার সকল ডকুমেন্ট/কাগজপত্রসহ ১৫ (পনের) দিনের মধ্যে দাখিল করতে হবে।