

चिकित्सा की स्वीकृति के लिए प्रार्थना-पत्र
Application for acceptance for medical treatment

एसिक मेडि-7ए
ESIC-MED 7A

पीठ पृष्ठ पर दिए हुए नियोजन के प्रमाण-पत्र के संदर्भ में चिकित्सक.....
.....द्वारा स्वीकृति के लिए निवेदन करता हूं कि जिनके साथ मैं पहले ही पंजीकृत था।

With reference to certificate of employment on the reverse I apply for acceptance
by Dr..... with whom I was already registered.

दिनांक.....
Dated

बीमाकित व्यक्ति के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान
Signature or Thumb impression of the
insured person

मैं इस व्यक्ति जिसका ब्यौरा पीछे दिया गया है कि अपनी सूची में सम्मिलित करना स्वीकार करता हूं।
I accept the person whose particulars are given on reverse on my list.

दिनांक.....
Dated

चिकित्सक के हस्ताक्षर तथा कूट संख्या
Signature and Code No.
of the Doctor



कर्मचारी राज्य बीमा निगम
EMPLOYEES' STATE INSURANCE CORPORATION एसिक मेडि-37
ESIC-MED 37

पुनर्नियोजन/निरन्तर नियोजन का प्रमाण पत्र
Certificate of Re-employment, continuing Employment.
(तब जारी किया जाये जब कि निम्नलिखित शर्त (i) और (ii) की संतुष्टि हो)
(To be issued only if condition (i) or (ii) below are satisfied)

नियोजक का नाम और पता.....
Name & Address of the Employer.

.....कूट संख्या/Code No.

--	--	--

प्रमाणित किया जाता है कि श्री Certified that Shri.....

पुत्र श्री S/o..... बीमांक Ins. No.....

(i) has continued to be in employment/re-entered insurable employment on.....
and contribution have been payable/paid in respect of him/her during the contribution period which
began on.....

(ii) has paid contributions for seventy eight days in the preceding contribution period which ended
on.....

दिनांक Date.....

हस्ताक्षर और पद Signature & Designation

टिप्पणी - यह प्रमाण-पत्र उपर्युक्त (i) और (ii) में अंकित तिथि से 9 मास के लिये वैध है।

Note :- This certificate is valid for 9 months from the dates indicated under (i) or (ii) above.