



अखिल भारतीय आयुर्विज्ञान संस्थान, रायपुर (छत्तीसगढ़)  
**ALL INDIA INSTITUTE OF MEDICAL SCIENCES, RAIPUR**  
Tatibandh, G.E. Road, Raipur 492 099 (C.G.)

**BRIEF DEATH SUMMARY**

CR NO. :	I.P. NO. :	AGE/SEX :
NAME OF THE PATIENT :	DATE OF SURGERY :	
DATE & TIME OF ADMISSION :	DATE & TIME OF DEATH :	
NAME OF THE CONSULTANT :	DEPARTMENT/UNIT/WARD NO./BED NO. :	
PROVISIONAL FINAL DIAGNOSIS :	IMMEDIATE CAUSE :	
ADDRESS :	UNDERLINE CAUSE OF DEATH :	

Chief complaints :

.....  
.....  
.....  
.....

Brief History :

.....  
.....  
.....  
.....

At the time of admission :

General Examination :

Systemic Examination :

History of present illness :

.....  
.....

Past medical record (Referred from) :

.....  
.....

Investigation :

.....  
.....

Surgical Procedure (If any) :

.....  
.....

Operative Findings :

.....  
.....





अखिल भारतीय आयुर्विज्ञान संस्थान, रायपुर (छत्तीसगढ़)  
ALL INDIA INSTITUTE OF MEDICAL SCIENCES, RAIPUR  
Tatibandh, G.E. Road, Raipur 492 099 (C.G.)  
DEPARTMENT OF CENTRAL MEDICAL RECORD

प्रति,  
रजिस्ट्रार/उप-रजिस्ट्रार (जन्म तथा मृत्यु)  
अखिल भारतीय आयुर्विज्ञान संस्थान, रायपुर (छ.ग.)

विषय-जन्म प्रमाण-पत्र में बच्चे का नाम प्रविष्ट कराने हेतु आवेदन।

महोदय,  
उपरोक्त विषयानुसार लेख है कि, मैं अपने बच्चे के जन्म प्रमाण पत्र में बच्चे का नाम प्रविष्ट कराना चाहता/चाहती हूँ। मेरे द्वारा दिया गया विवरण निम्न है-

बच्चे का नाम	
NAME OF BABY	
जन्मतिथि/DATE OF BIRTH	
पुरुष/महिला/ट्रांसजेन्डर/M/F/T	जन्म का समय/TIME OF BIRTH
माता का नाम	
NAME OF MOTHER	
माता का आधार क्रमांक/वैद्य पहचान पत्र क्रमांक MOTHER'S ADHAR NO./VALID ID NUMBER	
पिता का नाम	
NAME OF FATHER	
पिता का आधार क्रमांक/वैद्य पहचान पत्र क्रमांक FATHER'S ADHAR NO./VALID ID NUMBER	
मोबाइल नम्बर/MOBILE NUMBER	
ई-मेल/E-MAIL ID	
अस्थायी पता/ TEMPORARY ADDRESS	
स्थायी पता/PERMANENT ADDRESS	
माता के दस्तावेज अनुसार सीआर/आई.पी. क्रमांक /CR/IP NO. (FOR OFFICE USE ONLY)	/
आवेदन क्रमांक/ APPLICATION NO. (FOR OFFICE USE ONLY)	

जमाकर्ता के हस्ताक्षर -

जमाकर्ता का नाम -

दिनांक -

हस्ताक्षर रजिस्ट्रार/उप-रजिस्ट्रार (जन्म तथा मृत्यु)

नोट -

1. इस प्रपत्र को विधिवत् भरकर बच्चे के माता एवं पिता के पहचान पत्र तथा माता के अस्पताल से डिस्चार्ज के उपरांत डिस्चार्ज सारांश की स्वप्रमाणित प्रति तथा गुलाबी पर्ची के साथ केन्द्रीय चिकित्सा अभिलेख विभाग में जमा करें।
2. प्रपत्र पहचान पत्र के अनुसार ही भरा जाए, अन्यथा प्रपत्र रद्द कर दिया जावेगा।
3. प्रपत्र जमा करने के 21 कार्यदिवसों के पश्चात् ही विभाग से प्राप्त पावती के साथ प्रमाण-पत्र लेने आवें।
4. प्रमाण पत्र माता या पिता को ही दिया जावेगा। अतः अपना पहचान पत्र साथ में लावें।
5. कृपया अंग्रेजी के कॉलम में सिर्फ बड़े अक्षरों (कैपिटल लेटर्स) में भरें, अन्यथा प्रपत्र रद्द कर दिया जावेगा।

माता का नाम-

सीआर क्रमांक-

आवेदन क्रमांक-

पिता का नाम-

आई.पी. क्रमांक-



अखिल भारतीय आयुर्विज्ञान संस्थान, रायपुर (छत्तीसगढ़)  
ALL INDIA INSTITUTE OF MEDICAL SCIENCES, RAIPUR  
Tatibandh, G.E. Road, Raipur 492 099 (C.G.)

प्रति,  
रजिस्ट्रार/उप-रजिस्ट्रार (जन्म तथा मृत्यु)  
अखिल भारतीय आयुर्विज्ञान संस्थान, रायपुर (छ.ग.)

विषय-जन्म/मृत्यु प्रमाण-पत्र या पंजीयक पुस्तिका में संशोधन कराने हेतु आवेदन।

महोदय जी,

उपरोक्त विषयानुसार लेख है कि, मैं जन्म/मृत्यु प्रमाण-पत्र या पंजीयक पुस्तिका में संशोधन कराना चाहता/चाहती हूँ। मेरे द्वारा दिया गया विवरण निम्न है-

हस्ताक्षरकर्ता का नाम	
मरीज का नाम	
सी.आर.कमांक	
प्रपत्र लेने का कारण	जन्म प्रमाण पत्र <input type="checkbox"/> मृत्यु प्रमाण पत्र <input type="checkbox"/> पंजीकरण पुस्तिका <input type="checkbox"/>
मोबाइल नं	
ई-मेल	

पुराना ब्योरा


नया ब्योरा


नोट-

1. इस प्रपत्र को विधिवत् भरकर मरीज के पहचान पत्र की स्वप्रमाणित प्रति के साथ चिकित्सा अभिलेख विभाग में जमा करें।
2. जन्म तथा मृत्यु संशोधन प्रपत्र जमा करने के 10 कार्यदिवसों के पश्चात् ही प्रमाण-पत्र लेने आवें।
3. प्रमाण-पत्र संशोधन में यदि संशोधन का रूप यदि बड़ा है, जैसे नाम बदलना, उपनाम, पति/पत्नी का नाम, आधार कमांक या पता जुड़वाने के लिए संबंधित पहचान पत्र के साथ 10 रु का गैर न्यायिक स्टाम्प पेपर के साथ शपथ पत्र साथ में लावें।
4. कृपया अंग्रेजी के कॉलम में सिर्फ बड़े अक्षरों (कैपिटल लेटर्स) में भरें, अन्यथा प्रपत्र रद्द कर दिया जावेगा।
5. प्रमाण-पत्र सिर्फ करीबी रिश्तेदार (माता/पिता/पति/पत्नी/संतान(विवाहित पुत्री को नहीं)) को दिया जाएगा।

जमाकर्ता के हस्ताक्षर -

दिनांक -

हस्ताक्षर रजिस्ट्रार/उप-रजिस्ट्रार (जन्म तथा मृत्यु)

आवेदक का नाम-

मरीज का नाम-

सीआर कमांक-

आई.पी. कमांक-

आवेदन कमांक-



अखिल भारतीय आयुर्विज्ञान संस्थान, रायपुर (छत्तीसगढ़)  
**ALL INDIA INSTITUTE OF MEDICAL SCIENCES, RAIPUR**  
Tatibandh, G.E. Road, Raipur 492 099 (C.G.)

Ref. No. Dept. MRD/...../.....

Date ...../...../.....

To,  
The HOD/In-charge of .....  
AIIMS, Raipur

Subject : Requisition of Insurance Claim Form/MLC Summary/Duplicate Discharge  
Summary/ Death Summary/Radiology Reports

Sir/Madam,

With reference to the above-cited subject, I request you to please complete the Insurance Claim Form/Duplicate Discharge Summary/Death Summary/Radiology Reports/MLC Summary with nature of injuries in duplicate as per request made by the concerned applicant. The necessary file is attached herewith. It will be appreciated if the file is sent back within a week to expedite the case.

Sl. No.	Name of the Patient	I.P. No./CR No.	D.O.A.	D.O.D.	MLC No. Death No. No. of X-ray, CT Scan MRI films & No. of Pages	Remarks
1)						
2)						
3)						

Thanking You

Your Faithfully

Medical Record Officer  
HOD/In-charge  
Department of Central Medical Records  
AIIMS, Raipur



अखिल भारतीय आयुर्विज्ञान संस्थान, रायपुर (छत्तीसगढ़)  
ALL INDIA INSTITUTE OF MEDICAL SCIENCES, RAIPUR  
Tatibandh, G.E. Road, Raipur 492 099 (C.G.)

प्रति

चिकित्सा अधीक्षक महोदय जी,  
अखिल भारतीय आयुर्विज्ञान संस्थान,  
रायपुर (छ.ग.)।

विषय – बीमा दावा प्रपत्र/चिकित्सा प्रतिपूर्ति के /निर्वहन सारांश की प्रतिलिपि/मृत्यु सारांश के पूरा होने की मांग के संबंध में।

महोदय जी,

उपरोक्त संदर्भानुसार मैं आपसे अनुरोध करता/करती हूँ, कि संबंधित आवेदक द्वारा किए गए अनुरोध के अनुसार बीमा दावा प्रपत्र/चिकित्सा प्रतिपूर्ति के/निर्वहन सारांश की प्रतिलिपि/मृत्यु सारांश पूरा करें। आवश्यक दस्तावेज इस प्रपत्र के साथ संलग्न हैं। यदि कार्य को 15 कार्यदिवसों के भीतर वापस भेजा जाता है, तो इसकी सराहना की जावेगी।

बीमा दावा प्रपत्र/चिकित्सा प्रतिपूर्ति के लिए मेरे द्वारा दिया गया विवरण निम्न है—

आवेदक का नाम	
बीमा धारक का नाम	
डिस्चार्ज/मृत्यु दिनांक	
नामित व्यक्ति	
पॉलिसी संख्या	
आधार संख्या	
दिनांक	
मोबाइल नं	

नोट—

- बीमा दावा शुल्क 50/- रुपये होगा।
- आवेदक आवश्यकतानुसार इन प्रमुख दस्तावेजों को आवश्यक रूप से संलग्न करें, पहचान पत्र की प्रतिलिपि, मृत्यु/जन्म प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि, डिस्चार्ज सारांश की प्रतिलिपि, पॉलिसी के बांड की प्रतिलिपि, मूल बिल।
- बीमा दावा/प्रतिपूर्ति पूर्ण होने के पश्चात् केवल नामित व्यक्ति को प्रदान किया जायेगा।

चिकित्सा बिल का विवरण—

क्र.	दिनांक	बिल क्रमांक	आइटम/ड्रग का नाम	कुल राशि

### आवश्यक ब्यौरा/दस्तावेज:-

1. नामांकित व्यक्ति/दावेदार से अनुरोध पत्र।
2. पॉलिसी संख्या और पॉलिसी बांड की छायाप्रति, मृतक का पहचान पत्र, आवेदक के पहचान पत्र की छायाप्रति।
3. मूल फार्म "बी"(मेडीकल अटेंडेंट प्रमाण पत्र) और फार्म "बी-1" (अस्पताल में इलाज का प्रमाण पत्र)।
4. पत्राचार के लिए बीमा कंपनी का सही और पूरा पता।
5. शुल्क रू.50/- नकद/चेक/डीडी द्वारा एम्स रायपुर के ओपीडी काउंटर पर जमा किया जाना चाहिए।
6. पॉलिसी में बीमित व्यक्ति का एम्स रायपुर/स्थानीय सरकारी प्राधिकरण द्वारा जारी मृत्यु प्रमाण पत्र।
7. दावेदार के फोटो पहचान प्रमाण और वर्तमान पते के प्रमाण की हस्ताक्षरित प्रति (निम्नलिखित में से कोई एक— "आधार कार्ड, वैद्य पासपोर्ट, ड्राइविंग लायसेंस, मतदाता पहचान पत्र, राशन कार्ड, बिजली बिल, टेलीफोन बिल" आदि को प्रमाण माना जाता है)
8. मृतक मृत्यु सारांश/रोगी का डिस्चार्ज सारांश या ओपीडी कार्ड (छायाप्रति)।

### Mandatory Information/Documents:-

1. Request letter from the Nominee/Claimant with.
2. Policy Number and Policy Bond copy/Deceased ID, Applicant ID photocopy.
3. Original Form "B" (medical attendant certificate) & Form "B-1" (certificate of hospital treatment).
4. Correct & complete address of the insurance company for correspondence.
5. Fee of Rs. 50/- by Cash/Cheque/DD should be deposited at the counter of OPD AIIMS, Raipur.
6. Death Certificate issued by AIIMS Raipur/local government authority of the person insured in the policy.
7. Signed copy of photo identity proof & Current Address proof of the claimant (Any one of the following: Aadhar Card, Valid Passport, Driver's License, Voter ID, Ration Card, Electricity Bill, Telephone Bill etc. are considered as proofs).
8. Deceased death summery/Patient's Discharge summery or OPD card (Photo copy).