



परिवहन भत्ता प्रपत्र
कर्मचारी राज्य बीमा निगम



नाम _____ पिता/पति का नाम _____

बीमा संख्या _____ पता _____

वर्तमान/पिछले नियोजक का नाम एवं पता _____

परिवहन भत्ता के रूप में दावा की गई राशि

i) निवास स्थान एवं परीक्षण केंद्र के बीच अनुमानित दूरी _____ ii) बस/ट्रेन/रेल भाड़े पर खर्च की गई राशि _____

iii) वापसी भाड़ा _____

iv) यदि बस/ट्रेन/रेल द्वारा यात्रा करने में सक्षम न हो तो अन्य परिवहन पर खर्च की गई राशि _____

v) वापसी भाड़ा _____

f) कुल दावा की गई राशि _____

(चिकित्सा निर्देशी द्वारा भरा जाना है)

क्या उसे एक परिचारक की आवश्यकता है या वह स्वयं यात्रा कर सकता है _____

(क्षेत्रीय कार्यालय/ शाखा कार्यालय द्वारा भरा जाना है)

रु.

पैसे.

स्वीकार्य राशि _____

प्राप्त रूपए _____

शाखा प्रबन्धक का हस्ताक्षर

बीमित व्यक्ति का हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान