



“निगम हिन्दी पत्राचार का स्वागत करता है”

एसिक / ESIC-37

कर्मचारी राज्य बीमा निगम

EMPLOYEES' STATE INSURANCE CORPORATION

“पुनर्नियोजन / नियोजन निरंतरता का प्रमाण - पत्र”

'Certificate of Re-employment/Continuing employment.

(केवल तभी जारी किया जाए जब नीचे दी गई (1) या (2) शर्त पूरी हो आएँ)

(To be issued only if condition (1) or (2) below are satisfied)

नियोजक का नाम और पता

Name and Address of the employer _____

कूट संख्या

Code No. _____

शाखा कार्यालय से संबद्ध

Attached with Branch Office _____

प्रमाणित किया जाता है कि श्री/श्रीमती

पुत्र/पत्नी श्री

बीमा संख्या

Certified that Mr. / Ms _____

S/W/O _____

Ins. No. _____

(1) नियोजन में है / नियोजित किया गया है अथवा पुनर्नियोजित किया गया है और _____ तारीख से शुरू / चालू अंशदान अवधि का अंशदान दे दिया है / दिया जा रहा है।

has continued to be in employment/has been taken or re-taken in employment and contributions have/are being paid in respect of him/her in the current contribution period which began on _____

या OR

(2) तारीख _____ को समाप्त हुई पूर्ववर्ती अंशदान अवधि में कम-से-कम 78 दिन / कुल दिनों के आधे अधिक दिनों के लिए अंशदान दे चुका है। प्रवेश तारीख _____ है (केवल नव - नियोजित)।

has paid contribution for not less than 78 days / half the no. of days or more in the preceeding contribution period which ended on _____ date of joining _____ (only for new entrants).

दिनांक

Date : _____

टिप्पणी - यह प्रमाण - पत्र चालू हितलाभ अवधि के अंत तक वैध है।

Note : This certificate is valid until end of the current benefit period.

हस्ताक्षर और पदनाम

Signature and Designation

शारीरिक चिकित्सा ग्रहण के लिए आवेदन

ESIC - MED -7

APPLICATION FOR ACCEPTANCE MEDICAL TREATMENT

पिछले पृष्ठ पर दिए गए नियोजन प्रमाण पत्र का हवाला देते हुए डा०
..... जिनके साथ
में पंजीबद्ध था, के द्वारा ग्रहण करते हेतु मैं आवेदन करता हूं।

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

दिनांक
Date

बीमाकृत व्यक्ति का
हस्ताक्षर या अंगुठा निशान
Signature of Thumb impression
of the insured person

मैं अपनी तालिका में इस व्यक्ति को जिसका बिबरण पिछले पृष्ठ पर दिया गया है ग्रहण करता हूं।
I accept the person whose particulars are given on reverse on my list.

दिनांक
Date

डाक्टर का हस्ताक्षर और कूट संख्या
Signature and Code No. of the Doctor