



“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 जाए)
(To be issued only if condition (I) or (II) 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 preceding contribution period which ended on _____ date of joining _____
(only for new entrants).

दिनांक _____
Date:

हस्ताक्षर और पदनाम
Signature and Designation

टिप्पणी: यह प्रमाण-पत्र चालू हितलाभ अवधि के अंत तक वैध है।
Note: This certificate is valid until end of the current benefit period.
ESIC 37 Medl 7-A

चिकित्सा उपचार की स्वीकृति के लिए आवेदन Application for Acceptance for Medical Treatment

मैं, श्री _____ श्री _____ का पुत्र बीमा संख्या

--	--

जो उत्क्रम पृष्ठ पर उल्लिखित दिनांक से (नियोजक द्वारा प्रमाणित) नियोजित, डॉ. _____
द्वारा स्वीकृति के लिए आवेदन करता हूँ। _____
औषधालय

मैं, _____ पहले ही बीमित _____ और डॉ. _____ की सूची पर था।
_____ सूची में सतत _____ औषधालय

Shri _____ S/o _____

Insurance No.

--	--

 having been employed
If available

from the date mentioned on reverse (employer's certificate) hereby apply for acceptance by
Dr. _____
(Dispensary)

I _____ was previously _____ insured and _____ was then on then list
_____ Have been continued to be _____ am on your list

* of Doctor _____
Dispensary

दिनांक Date _____

बीमाकृत व्यक्ति के हस्ताक्षर अथवा अंगूठा छाप
Signature or thumb impression of the insured person

मैं अपनी सूची में इस व्यक्ति को स्वीकृत करता हूँ
I accept this person in my list

चिकित्सक का हस्ताक्षर
Signature of the Doctor

कूट सं. Code No. _____
(औषधालय Dispensary)

*जो संगत नहीं काटें Delete whichever is not applicable

चिकित्सा उपचार की स्वीकृति के लिए आवेदन Application for Acceptance for Medical Treatment

मैं, श्री _____ श्री _____ का पुत्र बीमा संख्या

--	--

जो उत्क्रम पृष्ठ पर उल्लिखित दिनांक से (नियोजक द्वारा प्रमाणित) नियोजित, डॉ. _____
द्वारा स्वीकृति के लिए आवेदन करता हूँ। _____
औषधालय

मैं, _____ पहले ही बीमित _____ और डॉ. _____ की सूची पर था।
_____ सूची में सतत _____ औषधालय

Shri _____ S/o _____

Insurance No.

--	--

 having been employed
If available

from the date mentioned on reverse (employer's certificate) hereby apply for acceptance by
Dr. _____
(Dispensary)

I _____ was previously _____ insured and _____ was then on then list
_____ Have been continued to be _____ am on your list

* of Doctor _____
Dispensary

दिनांक Date _____

बीमाकृत व्यक्ति के हस्ताक्षर अथवा अंगूठा छाप
Signature or thumb impression of the insured person

मैं अपनी सूची में इस व्यक्ति को स्वीकृत करता हूँ
I accept this person in my list

चिकित्सक का हस्ताक्षर
Signature of the Doctor

कूट सं. Code No. _____
(औषधालय Dispensary)

*जो संगत नहीं काटें Delete whichever is not applicable