

MEDICAL CERTIFICATE FOR AVAILING ASSISTANCE FOR TREATMENT

(To be issued by the Head of the Hospital where the patient undergone treatment)

1. Name and Address of the patient :

2. Order No. with date of Registration/Admission :

ആശുപത്രിയിലെ രജിസ്ട്രേഷൻ,
അഡ്മിഷൻ നമ്പർ, തീയതി

3. Description of the disease :

(രോഗവിവരം, ദീർഘകാല ചികിത്സ
ആവശ്യമുള്ള രോഗമാണോ?
എത്ര കാലത്തെ ചികിത്സ വേണം)

4. Treatment recommended :

5. Expenditure already incurred, if any :

6. Anticipate expenditure of the treatment :

Undergoing/recommended

ചികിത്സയ്ക്ക് രോഗിയിൽ നിന്നും തുക
ഈടാക്കിയിട്ടുണ്ടോ? എങ്കിൽ എത്ര തുക?

ട്രിയാൾ സമഗ്ര ആരോഗ്യ ഇൻഷുറൻസ്
പദ്ധതിയിൽ അംഗമാണോ

Date :

**Signature and name of the Issuing Authority
and Name and Address of the Hospital**

(Seal)