



हैल्थ इन्स्योरेंस टीपीए ऑफ इन्डिया लिमिटेड
HEALTH INSURANCE TPA OF INDIA LTD.

CLAIM FORM - PART A' to 'C
CLAIM FORM FOR HEALTH INSURANCE POLICIES
OTHER THAN TRAVEL AND PERSONAL ACCIDENT - PART A
TO BE FILLED BY THE INSURED

The issue of this Form is not to be taken as an admission of liability

(To be Filled in block letters)

DETAILS OF PRIMARY INSURED:

a) Policy No.:											b) Sl. No./Certificate No.													
c) Company/TPA ID No.:																								
d) Name:	S	U	R	N	A	M	E	F	I	R	S	T	N	A	M	E	N	A	M	E	N	A	M	E
e) Address:																								
City:											State:													
Pin Code:						Phone No.:						Email ID:												

SECTION A

DETAILS OF INSURANCE HISTORY:

a) Currently covered by any other Mediclaim / Health Insurance:	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	b) Date of commencement of first Insurance without break:	D	D	M	M	Y	Y	Y	Y										
c) If yes, company name:											Policy No.										
Sum Insured (Rs.)						d) Have you been hospitalized in the last four years since inception of the contract?					<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	Date:	M	M	Y	Y				
Diagnosis:											e) Previously covered by any other Mediclaim/Health insurance:	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No								
e) If yes, company name:																					

SECTION B

DETAILS OF INSURED PERSON HOSPITALIZED:

a) Name:	S	U	R	N	A	M	E	F	I	R	S	T	N	A	M	E	N	A	M	E	N	A	M	E
b) Gender	Male	<input type="checkbox"/>	Female	<input type="checkbox"/>	c) Age years	<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> Y	Months	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> M	d) Date of Birth	<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> D	M	M	Y	Y	Y	Y					
e) Relationship to primary Insured:	Self	<input type="checkbox"/>	Spouse	<input type="checkbox"/>	Child	<input type="checkbox"/>	Father	<input type="checkbox"/>	Mother	<input type="checkbox"/>	Other	<input type="checkbox"/>	(Please Specify)											
f) Occupation	Service	<input type="checkbox"/>	Self Employed	<input type="checkbox"/>	Home Maker	<input type="checkbox"/>	Student	<input type="checkbox"/>	Retired	<input type="checkbox"/>	Other	<input type="checkbox"/>	(Please Specify)											
g) Address (if different from above):																								
City:											State:													
Pin Code						Phone No.:						Email ID:												

SECTION C

DETAILS OF HOSPITALIZATION:

a) Name of Hospital where Admitted:																							
b) Room Category occupied:	Day care	<input type="checkbox"/>	Single occupancy	<input type="checkbox"/>	Twin sharing	<input type="checkbox"/>	3 or more beds per room	<input type="checkbox"/>															
c) Hospitalization due to:	Injury	<input type="checkbox"/>	Illness	<input type="checkbox"/>	Maternity	<input type="checkbox"/>	d) Date of injury / Date Disease first detected /Date of Delivery:	D	D	M	M	Y	Y	Y	Y								
e) Date of admission:	D	D	M	M	Y	Y	f) Time:	H	H	M	H	g) Date of Discharge:	D	D	M	M	Y	Y	h) Time:	H	H	M	H
l) If injury give cause:	Self inflicted	<input type="checkbox"/>	Road Traffic Accident	<input type="checkbox"/>	Substance Abuse / Alcohol Consumption				<input type="checkbox"/>	i) If medical legal				<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No								
ii) Reported to Police	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	iii) MLC Report & Police FIR attached	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	j) System of Medicine:																	

SECTION D

DETAILS OF CLAIM:

a) Details of the Treatment expenses claimed																									
I. Pre-hospitalization expenses	Rs.											ii. Hospitalization expenses	Rs.												
iii) Post-hospitalization expenses	Rs.											iv. Health-Check up cost:	Rs.												
v. Ambulance Charges:	Rs.											vi. Others (code):	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Rs.											
												Total	Rs.												
vii. Pre-hospitalization period:	days	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>											viii. Post-hospitalization period:	days	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>										
b) Claim for Domiciliary Hospitalization:	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	(if yes, provide details in annexure)																						
c) Details of Lump sum / cash benefit claimed:																									
I. Hospital Daily cash:	Rs.											ii. Surgical Cash:	Rs.												
iii. Critical Illness benefit:	Rs.											iv. Convalescence:	Rs.												
v. Pre/Post hospitalization Lump sum benefit:	Rs.											vi. Others:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Rs.											
												Total	Rs.												

Claim Documents Submitted - Check List:

- Claim form duly signed
- Copy of the claim intimation, if any
- Hospital Main Bill
- Hospital Break-up Bill
- Hospital Bill Payment Receipt
- Hospital Discharge Summary
- Pharmacy Bill
- Operation Theater Notes
- ECG
- Doctor's request for investigation
- Investigation Reports (Including CT / MRI / USG / HPE)
- Doctor's Prescription
- Others

SECTION E

DETAILS OF BILLS ENCLOSED:

Sl. No.	Bill No.	Date					Issued by	Towards	Amount (Rs)									
1.		D	D	M	M	Y	Y	Hospital mail Bill										
2.		D	D	M	M	Y	Y	Pre-hospitalization Bills: Nos										
3.		D	D	M	M	Y	Y	Post-hospitalization Bills: Nos										
4.		D	D	M	M	Y	Y	Pharmacy Bills										
5.		D	D	M	M	Y	Y											
6.		D	D	M	M	Y	Y											
7.		D	D	M	M	Y	Y											
8.		D	D	M	M	Y	Y											
9.		D	D	M	M	Y	Y											
10.		D	D	M	M	Y	Y											

SECTION F

DETAILS OF PRIMARY INSURED'S BANK ACCOUNT:

a) Pan:											b) Account Number:										
c) Bank Name and Branch:																					
d) Cheque / DD Payable details:											e) IFSC Code:										

SECTION G

DECLARATION BY THE INSURED:

I hereby declare that the information furnished in the claim form is true & correct to the best of my knowledge and belief. If I have made any false or untrue statement, suppression or concealment of any material fact with respect to questions asked in relation to this claim, my right to claim reimbursement shall be forfeited, I also consent & authorize TPA/ Insurance Company, to seek necessary medical information / documents from any hospital / Medical Practitioner who has attended on the person against whom this claim is made. I hereby declare that I have included all the bills / receipts for the purpose of this claim & that I will not be making any supplementary claim except the pre/post-hospitalization claim, if any

SECTION H

Date D D M M Y Y Y YSignature of the Insured

GUIDANCE FOR FILLING CLAIM FORM - PART A (To be filled in by the insured)		
DATA ELEMENT	DESCRIPTION	FORMAT
SECTION A - DETAILS OF PRIMARY INSURED		
a) Policy No.	Enter the policy number	As allotted by the Insurance Company
b) Sl. No/ Certificate No.	Enter the social Insurance number or the certificate number of social health insurance scheme	As allotted by the organization
c) Company TPA ID No.	Enter the TPA ID No.	Licence number as allotted by IRDA and printed in TPA documents
d) Name	Enter the full name of the policy holder	Surname, First name, Middle name
e) Address	Enter the full postal address	Include Street, City and Pin code
SECTION B - DETAILS OF INSURANCE HISTORY		
a) Currently covered by any other Mediclaim / Health Insurance?	Indicate whether currently covered by another Mediclaim / Health Insurance	Tick Yes or No
b) Date of commencement of first Insurance without break	Enter the date of commencement of first Insurance	Use dd-mm-yy-format
c) Company Name Policy No	Enter the full name of the Insurance Company Enter the policy number	Name of the organization in full As allotted by the Insurance Company
Sum insured	Enter the total sum insured as per the policy	In rupees
d) Have you been Hospitalized in the last four years since Inception of the contract?	Indicate whether hospitalized in the last four years	Tick Yes or No
Date	Enter the date of Hospitalization	Use mm-yy format
Diagnosis	Enter the diagnosis details	Open Text
e) Previously covered by any other Mediclaim / Health Insurance?	Indicate whether previously covered by another mediclaim / Health Insurance	Tick Yes or No
f) Company Name	Enter the full name of the Insurance Company	Name of the organization in full
SECTION C - DETAILS OF INSURED PERSON HOSPITALIZED		
a) Name	Enter the full name of the patient	Surname, First name, Middle name
b) Gender	Indicate Gender of the patient	Tick Male or Female
c) Age	Enter age of the patient	Number of years and months
d) Date of Birth	Enter Date of Birth of patient	Use dd-mm-yy format
e) Relationship to primary Insured	Indicate relationship of patient with policyholder	Tick the right option, if others, please specify
f) Occupation	Indicate occupation of patient	Tick the right option. If others, please specify.
g) Address	Enter the full postal address	Include Street, City and Pin code
h) Phone No.	Enter the phone number of patient	Include STD code with telephone number
i) E-mail ID	Enter e-mail address of patient	Complete e-mail address
SECTION D - DETAILS OF HOSPITALIZATION		
a) Name of Hospital where admitted	Enter the name of hospital	Name of hospital in full
b) Room category occupied	Indicate the room category occupied	Tick the right option
c) Hospitalization due to	Indicate reason of hospitalization	Tick the right option
d) Date of injury/Disease first detected / Date of Delivery	Enter the relevant date	Use dd-mm-yy format
e) Date of admission	Enter date of admission	Use dd-mm-yy format
f) Time	Enter time of admission	Use hh-mm- format
g) Date of Discharge	Enter date of discharge	Use dd-mm-yy format
h) Time	Enter time of discharge	Use hh-mm- format
i) If injury give cause	Indicate cause of injury	Tick the right option
If Medico legal	Indicate whether injury is medico legal	Tick Yes or No
Reported to Police	Indicate whether police report was filed	Tick Yes or No
MLC Report & Police FIR attached	Indicate whether MLC report and Police FIR attached	Tick Yes or No
j) System of Medicene	Enter the system of medicine followed in treating the patient	Open Text
SECTION E - DETAILS OF CLAIM		
a) Details of Treatment Expences	Enter the amount claimed as treatment expences	In rupees (Do not enter paise values)
b) Claim for Domiciliary Hospitalization	Indicate whether claim is for domiciliary hospitalization	Tick Yes or No
c) Details of Lump sum/ Cash benifit claimed	Enter the amount claimed as lump sum / cash benefit	In rupees (Do not enter paise values)
d) Claim documents Submitted-Check List	Indicate which supporting documents are submitted	Tick the right option
SECTION F - DETAILS OF BILLS ENCLOSED		
Indicate which bills are enclosed with the amount in rupees		
SECTION G - DETAILS OF PRIMARY INSURED's BANK ACCOUNT		
a) PAN	Enter the permanent account number	As allotted by the Income Tax Department
b) Account Number	Enter the Bank account number	As allotted by the Bank
c) Bank Name and Branch	Enter the Bank name along with the branch	Name of the Bank in full
c) Cheque/ DD payable details	Enter the name of the beneficiary the cheque / DD should be made out to	Name of the individual / organization in full
c) IFSC Code	Enter the IFSC code of the Bank branch	IFSC code of the Bank branch in full
SECTION H - DECLARATION BY THE INSURED		
Read declaration carefully and mention date (in dd:mm:yy format), place (open text) and sign.		



**हैल्थ इन्श्योरेंस टीपीए ऑफ इंडिया लिमिटेड
HEALTH INSURANCE TPA OF INDIA LTD.**

CLAIM FORM - PART B

TO BE FILLED IN BY THE HOSPITAL

The issue of this Form is not to be taken as an admission of liability
Please include the original preauthorization request form in lieu of PART A

(To be Filled in block letters)

DETAILS OF HOSPITAL

DETAILS OF THE PATIENT ADMITTED

DETAILS OF AILMENT DIAGNOSED (PRIMARY)

a) ICD 10 Codes		Description	b) ICD 10 Codes		Description
i. Primary Diagnosis	<input type="text"/>	<input type="text"/>	ii. Procedure 1:	<input type="text"/>	<input type="text"/>
ii. Additional Diagnosis:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input checked="" type="text"/>	<input type="text"/>	ii. Procedure 2:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input checked="" type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>
iii. Co-morbidities	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input checked="" type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	iii. Procedure 3:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input checked="" type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>
iv. Co-morbidities	<input type="text"/>	<input type="text"/>	iv. Details of procedure:	<input type="text"/>	

c) Pre-authorization obtained: Yes No d) Pre-authorization Number: _____

e) If authorization by network hospital not obtained give reason: _____

f) Hospitalization due to injury: Yes No i. If Yes, give cause Self-inflicted Road Traffic Accident Substance abuse / alcohol consumption

ii) If injury due to substance abuse / alcohol consumption, Test conducted to establish this: Yes No (If Yes, attach reports) iii. If Medicolegal: Yes No iv. Reported to police Yes No

v. FIR No. vi. If not reported to police give reason:

CLAIM DOCUMENTS SUBMITTED - CHECK LIST

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Claim Form duty signed
<input type="checkbox"/> Original Pre-authorization request
<input type="checkbox"/> Copy of the Pre-authorization approval letter
<input type="checkbox"/> Copy of Photo ID Card of patient Verified by hospital
<input type="checkbox"/> Hospital Discharge summary
<input type="checkbox"/> Operation Theatre Notes
<input type="checkbox"/> Hospital main bill
<input type="checkbox"/> Hospital break-up bill | <input type="checkbox"/> Investigation reports
<input type="checkbox"/> CT/MR/USG/HPE investigation reports
<input type="checkbox"/> Doctor's reference slip for investigation
<input type="checkbox"/> ECG
<input type="checkbox"/> Pharmacy bills
<input type="checkbox"/> MLC reports & Police FIR
<input type="checkbox"/> Original death summary from hospital where applicable
<input type="checkbox"/> Any other, please specify |
|---|--|

ADDITIONAL DETAILS IN CASE OF NON NETWORK HOSPITAL (ONLY FILL IN CASE OF NON-NETWORK HOSPITAL)

DECLARATION BY THE HOSPITAL

We hereby declare the information furnished in this Claim Form is true & correct to the best of our knowledge and belief. If we have made any false or untrue statement, suppression or concealment of any material fact, our right to claim under this claim shall be forfeited.

Date: / / / / /

Please _____

Signature and Seal of the Hospital Authority:

Figure 1. The relationship between the number of species and the area of forest cover in each state.



हैल्थ इन्श्योरेंस टीपीए ऑफ इंडिया लिमिटेड
HEALTH INSURANCE TPA OF INDIA LTD.

Registered and corporate office :Health Insurance TPA of India Ltd.,2nd Floor, Majestic Omnia Building, A-110, Sector 4 Noida, Uttar Pradesh - 201301.

CONSENT FORM

From:

Patient's Name and address:

Policy no:

Hospital IPD no:

To:

Hospital Name:

Madam/Sir,

I hereby authorize TPA representatives/Investigator free and unlimited access to seek medical information (Indoor case papers, reports, documents, including photocopies thereof pertaining my admission / treatment) from any hospital / medical practitioner from which or whom I have at any time sought or shall seek medical attention concerning any disease/ sickness, ailment or injury, which affects my physical or mental health.

Yours faithfully

Signature of the Patient/Insured

ശുശ്രൂഷകർ,പള്ളി സുക്ഷിപ്പുകാർ,
നിർദ്ദേശ കുടുംബത്തിലെ അംഗങ്ങൾ
എനിവർക്കായള്ള ആരോഗ്യ ഇൻഷ്യറിന്റ്
ശ്രദ്ധിക്കേണ്ട കാര്യങ്ങൾ

- നിലവിൽ നാഷണൽ ഇൻഷ്യറീസ് കമ്പനിയുടെ പോളിസി ഹെൽത്ത് ഇൻഷ്യറീസ് റി.പി.എ യുടെ സഹകരണത്വത്വാർത്ഥം നടപ്പിലാക്കുന്നത്.
 - പ്രതിവർഷം 30,000 രൂപയുടെ പരിരക്ഷ, നിബന്ധനകൾക്ക് വിധേയമായി രണ്ട് തവണകൾ മാത്രമായിട്ടാണ് ലഭിക്കുന്നത്. ആശുപ്രതി മുൻഡ്യകൾ പരമാവധി ദിവസ വാടക 150 രൂപയാണ്. മരുന്നുകൾ, ഓപ്പറേഷൻ, എസ്സുകൾ ആദിയായവയ്ക്ക് കവറേജിൽ 15% ആണ് ലഭിക്കുന്നത്.
 - ആശുപ്രതിയിൽ അധ്യമിറ്റായുള്ള ചികിത്സയ്ക്ക് മാത്രമാണ് പരിരക്ഷ ലഭിക്കുന്നത്. മിനിമം 24 മണിക്കൂർ എക്സിലും ഇൻപോഷ്യറ്റ് ആയിരിക്കണം. ആശുപ്രതിയിൽ ബിൽ തുക അടച്ചതിനു ശേഷം ക്ഷേയിം സമർപ്പിച്ച് പണം ഇൻഷ്യറീസ് കമ്പനിയിൽനിന്നും തിരികെ വാങ്ങാൻ കഴിയും.
 - കുറഞ്ഞത് 15 കിടക്കകൾ ഉള്ള ഏത് ആശുപ്രതിയിൽ വേണമെങ്കിലും അധ്യമിറ്റ് ആകാവുന്നതാണ്.
 - ക്ഷേയിം ലഭിക്കുന്നതിനായി താഴെ പറയുന്ന രേഖകൾ സമർപ്പിക്കേണ്ടതാണ്.
 - ഹെൽത്ത് ഇൻഷ്യറീസ് റി.പി.എ യുടെ ക്ഷേയിംഫോം പാർട്ട് എ പൂർണ്ണമായുംപൂരിപ്പിച്ച് ഒപ്പിടിരിക്കണം. പാർട്ട് ബി- ആശുപ്രതി അധികാരികൾ പൂരിപ്പിക്കേണ്ടതും, അധികാരികളുടെ ഒപ്പും ആശുപ്രതിയുടെ സീലും രേഖപ്പെടുത്തേണ്ടതുമാണ്.
(ഇതോടൊപ്പുള്ള മാതൃകയുടെ ഫോട്ടോ കോപ്പി എടുത്ത് ഉപയോഗിക്കാം.ക്ഷേയിം ഫോം സഭയുടെ mosc.in എന്ന വെബ്സൈറ്റിലും ലഭിക്കും)
 - ഓരിജിനൽ ഡിസ്ചാർജ്ജ് സമ്മരി
 - ആശുപ്രതിയിൽ നിന്നുള്ള ഘെമനര ബിൽ (ഓരിജിനൽ), ബില്ലിന്റെ ഭേദയ്ക്കപ്പെട്ട്
 - മരുന്നുകൾ, ലാബ് എസ്സുകൾ, സ്കാൻ, ഇ.സി.ജി, എക്സറേ ആദിയായവയുടെ ഓരിജിനൽ ബില്ലുകൾ/ രസീതുകൾ/ റിപ്പോർട്ട്/ ഫിലിം
 - തിരിച്ചറിയൽ കാർഡ്/പാൻകാർഡ് എന്നിവയുടെ കോപ്പി

ഇതരരത്നത്തിൽ തയ്യാറാക്കുന്ന കൈയിലോ പേപ്പറൂകൾ താഴെ പറയുന്ന വിലാസത്തിൽ അയച്ചുകൊടുക്കേണ്ടതാണ്.

General Manager
Inditrade Insurance Broking (P) Ltd
MES Building, Lissie Junction
Kaloor-682017
Ph.No- 0484-6714823,
Mob-9633278226

- കൂട്ടിം പേപ്പറുകൾ അയക്കുന്നതുന് മുൻപായി കാതോലിക്കേറ്റ് ഓഫീസുമായി ബന്ധപ്പെട്ടണം.
Phone No-0481-2573850
 - മേൽപരിത്ത കൂട്ടിം പേപ്പറുകൾ അയച്ചുകൊടുത്തതിനുശേഷം അപേക്ഷകൾ ഇതോടപുല്ലേള്ള ഫോം - 2 പുരിപ്പിച്ച് ഇടവക വികാരിയുടെ പ്ലോം സീലും സഹിതം കാതോലിക്കേറ്റ് ഓഫീസിലേക്ക് അയക്കേണ്ടതാണ്.
 - ഇടവകയിലെ പ്രധാന ശുശ്രാഷകൾ/പള്ളി സുക്ഷിപ്പുകാരൻ എന്നിവർക്ക് അവർ അപ്രകാരം സേവനം അനുഷ്ഠിക്കുന്ന കാലയളവിലേക്ക് മാത്രമേ ഈ പദ്ധതി പ്രകാരമുള്ള ഇൻഷ്യറിന്റെ പരിരക്ഷ ലഭിക്കുകയുള്ളൂ. ഈ പദ്ധതിയിലെ അംഗങ്ങൾ സേവനത്തിൽ നിന്ന് വിരമിക്കുകയോ, മരണമടയുകയോ ചെയ്യുമ്പോൾ ആ വിവരം ബന്ധപ്പെട്ടവർ വികാരി മുവേന കാലവിള്ളംബം ഇല്ലാതെ കാതോലിക്കേറ്റ് ഓഫീസിൽ രേഖാ മുലം അറിയിക്കേണ്ടതാണ്.

മലക്കര ഓർത്തയോക്സ് സി

സെമോ -2

(ഇതു ഫോം പുറിപ്പിച്ച് അസോസിയേഷൻ സമക്രമി, കാര്യാലിക്കറ്റ് ഓഫീസ്, ദേവലോകം പി. ഓ, കോട്ടയം – 04
എന്ന വിലാസത്തിൽ അയച്ചുത്തരേണ്ടതാണ്)

- | | |
|--|---------------|
| 1. മെത്രാസനം | : |
| 2. പേര് : ശുശ്രൂഷകൻ / | : |
| പങ്കി സുക്ഷിപ്പുകാരൻ / | : |
| ബി.പി.എൽ അംഗം | : |
| 3. മേൽവിലാസം | : |
| | : |
| | : |
| | പിൻകോഡ് |
| 4. ടെലിഫോൺ നമ്പർ : | : |
| | മൊബൈൽ: |
| 5. ജനനതീയതി | : |
| | വയസ്..... |
| 6. ചുമതലയേറ്റ തീയതി : | : |
| 7. സേവനം അനുഷ്ഠിക്കുന്ന ഇടവക | : |
| 8. ആശുപത്രിയിൽ അധ്യമിറ്റായ തീയതി | : |
| 9. ആശുപത്രിയിൽ നിന്നും ധിന്ചപാർജ്ജ് ആയ തീയതി | : |
| 10. ആശുപത്രിയുടെ പേര്, മേൽവിലാസം | : |
| 11. ബന്ധപ്പെട്ട രേഖകൾ ഇൻഷ്യറൻസ് കമ്പനിയുടെ | |
| മേൽവിലാസത്തിലേക്ക് അയച്ച തീയതി | : |
| 12. കെയ്യിം ചെയ്ത തൃക്ക | : |

museo:

തിയതി:

മേൽ വിവരിച്ച അപേക്ഷകൾ വിവരങ്ങൾ ശരിയാണെന്നും ഇപ്പോൾ ഈ ഇടവകയുടെ പ്രധാന ശുശ്രൂഷകൾ/പദ്ധതി സുക്ഷിപ്പുകാരൻ ആയി സേവനം അനുഷ്ഠിച്ചുകൊണ്ടിരിക്കുകയാണെന്നും/ബി.പി.എൽ അംഗം ആണെന്നും എനിക്ക് ബോധുപ്പെട്ടിട്ടുള്ളതാണ്.

இந்வக விகாரியை பேச் :.....

ବ୍ୟାପକ ଅନୁଷ୍ଠାନିକ ପରିମାଣରେ ଉପରେ ଏହା କିମ୍ବା କିମ୍ବା ଏହା କିମ୍ବା ଏହା କିମ୍ବା

ଓଡ଼ିଆ ଲେଖକ ମହାନ୍ତିର

ക്രിയറി :

പള്ളിയുടെ സീൽ

(space for Office use)

ക്രമനമ്പൾ:..... അപേക്ഷ കെയ്യിമിനായി അയച്ച തീയതി:..... കെയ്യിലുണ്ടാക്കുന്ന ലഭിച്ച തീയതി:.....

କେତୁଳିଙ୍ଗ ଲାଭିନ୍ଦୀ ରାଜ୍ ଅଧ୍ୟକ୍ଷାକ୍ଷରାତ୍ର ତୈଫତି