



एसिक 105 ESIC-105

कर्मचारी राज्य बीमा निगम Employees' State Insurance Corporation

पात्रता का प्रमाण पत्र Certificate of entitlement

नियोजक का नाम और पता कोड सं.

Name & Address of Employer Code No.

प्रमाणित किया जाता है कि श्री सुपुत्र श्री.....
Certified that Shri..... S/W/D of.....

बीमा सं. जिसके पहचान चिन्ह तथा
Insurance No. हस्ताक्षर/अंगूठा निशान नीचे

दिये गये हैं हमारे यहां काम करता है और उसके लिए अंशदान का भुगतान किया जा रहा है।
Whose identification/marks and Signature/thumb impression are given below,
is in our employment and contributions are being paid in respect of him.

वह He is proceeding to कार्य से from.....to.....तक
को अवधि के लिए प्राधिकृत छुट्टी ड्यूटी पर/अस्थायी ड्यूटी पर जा रहा है। on the authorised
leave/temporary duty for the period

बीमाकृत व्यक्ति का पहचान चिन्ह
Identification mark of the Ins. person

हस्ताक्षर/अंगूठे का निशान हस्ताक्षर Signature.....
Signature/thumb impression पदनाम Designation

Date.....

एसिक मेडि-10 ESIC-MED 10

अस्थायी निवास स्थान पर इलाज के लिए आवेदन पत्र

APPLICATION FOR MEDICAL TREATMENT AS TEMPORARY RESIDENT

मैं..... सुपुत्र श्री..... बीमा सं.....
.. जोकि.....(कारखाने का नाम) में काम करता हूं, प्राधिकृत छुट्टी/अस्थायी
ड्यूटी पर (स्थान) आया हुआ हूं। इसलिए मैं डॉ.....
. औषधालय द्वारा इलाज मंजूरी के लिए आवेदन करता हूं। मेरा यहां.....
...से..... तक ठहरने का इरादा है।

I..... S/W/D of Insurance No.....
Employee ofhaving come to(place) on authorised
leave/• temporary duty, hereby apply for acceptance by • Dr
..... (Dispensary) I propose to stay here fromto.....
दिनांक Date

मैं इस व्यक्ति को अपनी सूची पर लेने
की स्वीकृति प्रदान करता हूं
I accept this person on my list.

बीमाकृत व्यक्ति के हस्ताक्षर या
अंगूठे का निशान
Signature or thumb impression
of the insured person
Code No. Stamp of.....Dispensary
• Delete whichever not applicable

.....
Signature of Doctor

Date.....