



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 इयूटी पर/अस्थायी इयूटी 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  
इयूटी 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 of .....having come to .....(place) on authorised  
leave/• temporary duty, hereby apply for acceptance by • Dr .....  
..... (Dispensary) I propose to stay here from .....to.....  
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.....