[10.1 · अस्पताल के बिल / इलाज की शिकायत] — ख़ाली जगह (_____) भरें, कोष्ठक वाले संकेत हटा दें, फिर प्रिंट करें। यह लाइन भी हटा दें।

सेवा में,
मुख्य चिकित्सा अधिकारी,
ज़िला _____
प्रतिलिपि: चिकित्सा अधीक्षक/प्रबंधक, _____ अस्पताल

विषय: _____ अस्पताल द्वारा ☐ अधिक/ग़लत बिल ☐ इलाज में लापरवाही ☐ काग़ज़ न देने की शिकायत।

महोदय/महोदया,
मेरे/मेरी _____ (मरीज़ का नाम व संबंध), उम्र _____, को दिनांक _____ को _____ अस्पताल, _____ (पता) में भर्ती कराया गया (UHID/भर्ती संख्या _____)।
शिकायत:
1. _____
2. _____
भर्ती के समय अनुमानित ख़र्च ₹_____ बताया गया था, पर बिल ₹_____ का बना।
मैंने दिनांक _____ को अस्पताल प्रबंधन से लिखित शिकायत की, पर समाधान नहीं हुआ।

अत: निवेदन है कि:
(क) मामले की जाँच कराई जाए;
(ख) अस्पताल से मद-वार (itemised) बिल और इलाज के काग़ज़ों की कॉपी दिलाई जाए;
(ग) अनुचित रूप से ली गई ₹_____ की रक़म वापस दिलाई जाए और नियमानुसार कार्रवाई हो।

संलग्नक: 1. बिल व भुगतान रसीदें 2. डिस्चार्ज समरी/पर्चे 3. _____

स्थान: _____
तारीख़: _____

नाम: _____

पता: _____

मोबाइल: _____

हस्ताक्षर/अँगूठा निशान: _____