

सं.04/07/2020-पी&पीडबल्यू(डी)

भारत सरकार

कार्मिक, लोक शिकायत तथा पेंशन मंत्रालय

पेंशन एवं पेंशनभोगी कल्याण विभाग

तीसरा तल, लोकनायक भवन
खान मार्केट, नई दिल्ली-110003

दिनांक : 07.02.2025

कार्यालय जापन

विषय:- राष्ट्रीय पेंशन प्रणाली के अंतर्गत कवर किए गए केंद्र सरकार के कर्मचारियों को नियत चिकित्सा भत्ता(एफएमए) की मंजूरी - संबंधी।

अधोहस्ताक्षरी को पेंशन एवं पेंशनभोगी कल्याण विभाग के दिनांक 06.12.2023 के समसंख्यक कार्यालय जापन का संदर्भ देने का निदेश हुआ है जिसके द्वारा नियत चिकित्सा भत्ता(एफएमए) के हितलाभ को राष्ट्रीय पेंशन प्रणाली(एनपीएस) के अंतर्गत कवर किए गए, सेवानिवृत्त होने वाले केंद्र सरकार के ऐसे कर्मचारियों के लिए, लागू दर के अनुसार, विस्तारित किया गया जो सीजीएचएस सुविधा के पात्र हैं, किंतु सीजीएचएस के अंतर्गत कवर नहीं किए गए क्षेत्रों में निवास करते हैं, यदि वे किसी सीजीएचएस सुविधा का लाभ नहीं उठाते या सीजीएचएस के अंतर्गत केवल आईपीडी सुविधा का लाभ उठाते हों।

2. उपर्युक्त अनुदेशों में उपर्युक्त कर्मचारियों द्वारा एफएमए के हितलाभ का दावा करने के लिए निर्धारित सभी प्ररूप और फार्मेट भी सम्मिलित हैं। इन प्ररूपों और फार्मेटों में संशोधन किया गया है तथा लेखा महानियंत्रक के कार्यालय से दिनांक 18.12.2024 के आईडी नोट सं टीए-3-6/3/2020-टीए-III-पार्ट(1)/11948/412 द्वारा प्राप्त संदर्भ के अनुसार इन प्ररूपों/फार्मेटों में स्थायी सेवानिवृत्ति खाता संख्यापीआरएएन)) के ब्यौरों को भी शामिल किया गया है। उपर्युक्त प्रयोजनों के लिए प्रयोग किए जाने वाले संशोधित सभी प्ररूप/फार्मेट इस कार्यालय जापन के साथ संलग्न हैं।

3. जैसा कि सीजीएचएस द्वारा उनके दिनांक 18.12.2024 के आईडी नोट द्वारा सूचित किया गया है, इस प्रयोजनार्थ संशोधित लेखा शीर्ष निम्नानुसार हैं :-

2071	पेंशन एवं अन्य सेवानिवृत्ति हितलाभ
2071.01-	सिविल
2071.01.101	अधिवर्षिता और सेवानिवृत्ति भत्ते
2071.01.101.01	साधारण पेंशन
2071.01.101.01.00.04	अधिवर्षिता और सेवानिवृत्ति भत्ते, साधारण पेंशन
2071.01.101.04	साधारण पेंशन(अखिल भारतीय सेवा)
2071.01.101.04.00.04	अधिवर्षिता और सेवानिवृत्ति भत्ते, साधारण पेंशन(अखिल भारतीय सेवा)
2071.01.101.05	नई परिभाषित अंशदान पेंशन योजना (एनपीएस) साधारण पेंशन (अशक्त पेंशन) के अंतर्गत कवर किए गए सरकारी कर्मचारियों की मृत्यु/निःशक्तता पर अतिरिक्त राहत
2071.01.101.05.00.04	नई परिभाषित अंशदान योजना(एनपीएस) साधारण पेंशन (अशक्त पेंशन) के अंतर्गत कवर किए गए सरकारी कर्मचारियों की मृत्यु/निःशक्तता पर अधिवर्षिता और सेवानिवृत्ति भत्ता, अतिरिक्त राहत।
2071.01.101.02.00.04	कुटुंब पेंशन

जागी -

4. यह भी स्पष्ट किया जाता है कि एनपीएस के अंतर्गत कवर किए गए सेवानिवृत्त केंद्र सरकार के कर्मचारियों के लिए निर्धारित एफएमए की दर पुरानी पेंशन योजना के अंतर्गत कवर किए गए केंद्र सरकार के कर्मचारियों को दी गई एफएमए की दर के बराबर है यानी 1000/- रुपये प्रतिमास है। तथापि, दिनांक 06.12.2023 के कार्यालय ज्ञापन द्वारा यह निर्धारित किया गया था कि संबंधित बैंक द्वारा एनपीएस के अंतर्गत सेवानिवृत्त केंद्र सरकार के कर्मचारी के खाते में एफएमए तिमाही आधार पर जारी किया जाएगा।

5. यह आगे स्पष्ट किया जाता है कि सितंबर से नवंबर तक के महीनों के लिए एफएमए का संदाय दिसंबर के पहले सप्ताह में किया जाए। तथापि, दिसंबर माह से एफएमए के सभी संदाय लाभार्थी द्वारा जीवन प्रमाणपत्र जमा करने के अध्यक्षीन होंगे।

संलग्नक : यथोक्त

सिद्धेश्वर
(एस.चक्रवर्ती)

अवर सचिव, भारत सरकार

सेवा में,

1. केंद्र सरकार के सभी मंत्रालय/विभाग।
2. व्यय विभाग, वित्त मंत्रालय, नॉर्थ ब्लॉक, नई दिल्ली।
3. सीएजी, बहादुर शाह जफर मार्ग, नई दिल्ली।
4. रेल मंत्रालय, रेल बोर्ड, नई दिल्ली को सूचनार्थ।
5. कार्मिक एवं प्रशिक्षण विभाग, नॉर्थ ब्लॉक, नई दिल्ली।
6. वित्तीय सेवाएं विभाग, जीवन दीप बिल्डिंग, पार्लियामेंट स्ट्रीट, नई दिल्ली।
7. सीजीए, व्यय विभाग, आईएनए, नई दिल्ली।
8. एनआईसी को इस विभाग के वेबसाइट पर अपलोड करने हेतु।

नियत चिकित्सा भत्ता प्ररूप एन-1

(सेवानिवृत्ति/मृत्यु होने के पश्चात केंद्रीय सरकार स्वास्थ्य योजना के अंतर्गत चिकित्सा प्रसुविधा या नियत चिकित्सा भत्तों का लाभ उठाने हेतु राष्ट्रीय पेंशन प्रणाली के अंतर्गत कवर किए गए केंद्र सरकार के कर्मचारियों और उनके कुटुंब के सदस्यों के लिए)

1.	मैं निम्नलिखित पते पर निवास करता हूँ/करुंगा :-		आवेदक का पासपोर्ट आकार का फोटोग्राफ
	फ्लैट/मकान नंबर और स्ट्रीट/अवस्थान		
	गांव एवं डाकघर	नगर एवं जिला	
	राज्य	पिन कोड	
2.	अर्हक सेवा वर्षों की सं.		
3.	मैं निम्नलिखित प्रसुविधा के लिए विकल्प देता हूँ(नीचे लागू कॉलम में से किसी एक को चिन्हित करें)		
	(i) मैं केंद्रीय सरकार स्वास्थ्य योजना क्षेत्र के भीतर निवास करुंगा और केंद्रीय सरकार स्वास्थ्य योजना का लाभ लूंगा।		
	(ii) मैं केंद्रीय सरकार स्वास्थ्य योजना क्षेत्र के भीतर निवास करुंगा किंतु केंद्रीय सरकार स्वास्थ्य योजना का लाभ नहीं लूंगा। मैं समझता हूँ कि मैं नियत चिकित्सा भत्ता(एफएमए) के लिए पात्र नहीं होऊंगा।		
	(iii) मैं गैर-केंद्रीय सरकार स्वास्थ्य योजना क्षेत्र में निवास करुंगा किंतु अंतरंग रोगी विभाग(आईपीडी) और बहिरंग रोगी विभाग(ओपीडी) उपचार के लिए केंद्रीय सरकार स्वास्थ्य योजना का लाभ लूंगा। मैं नियत चिकित्सा भत्ता के लिए पात्र नहीं होऊंगा।		
	(iv) मैं गैर-केंद्रीय सरकार स्वास्थ्य योजना क्षेत्र में निवास करुंगा किंतु केंद्रीय सरकार स्वास्थ्य योजना अंशदानों का संदाय करके आईपीडी उपचार के लिए केंद्रीय सरकार स्वास्थ्य योजना सुविधा का लाभ लूंगा। मैं ओपीडी उपचार के लिए नियत चिकित्सा भत्ता का भी लाभ लूंगा।		
	(v) मैं गैर-केंद्रीय सरकार स्वास्थ्य योजना क्षेत्र में निवास करुंगा और आईपीडी उपचार तथा ओपीडी उपचार दोनों के लिए केंद्रीय सरकार स्वास्थ्य योजना सुविधा का लाभ नहीं लूंगा। मैं नियत चिकित्सा भत्ता का लाभ लूंगा।		
	(vi) मैं अपने पति/पत्नी/कुटुंब सदस्य, जो सरकार/पब्लिक सेक्टर उपक्रम/स्वायत निकाय का कर्मचारी है/पेंशनभोगी है, को उपलब्ध चिकित्सा सुविधाओं का लाभ लूंगा। मैं केंद्रीय सरकार स्वास्थ्य योजना और नियत चिकित्सा भत्ता का लाभ नहीं लूंगा।		
	(vii) मैं पूर्व संगठन की चिकित्सा सुविधा का लाभ लूंगा। मैं केंद्रीय सरकार स्वास्थ्य योजना और नियत चिकित्सा भत्ता का लाभ नहीं लूंगा।		
	टिप्पण :- नियमों के अनुसार यह मेरा एक बार का विकल्प परिवर्तन है और यह मेरे द्वारा दिए गए पिछले विकल्प को अधिक्रमित करता है। मैं समझता हूँ कि मैं इस विकल्प में पुनः परिवर्तन नहीं कर पाऊंगा(यदि लागू न हो तो इस मद को काट दें)		

ब्यौरा :

सेवानिवृत्त होने वाले कर्मचारी/कुटुंब के सदस्य का नाम :	
कुटुंब का सदस्य होने की दशा में, सरकारी कर्मचारी का नाम	
सरकारी कर्मचारी के साथ नातेदारी	
कार्यालय पता	
वर्तमान आवासीय पता	
सरकारी कर्मचारी का स्थायी सेवानिवृत्ति खाता संख्या(पीआरएएन))	
बैंक खाता सं.	
बैंक का पता(शाखा का नाम)	
आईएफएससी कोड	

वचनबंध

मैं, _____ (सेवानिवृत्त कर्मचारी)*/[मृतक कर्मचारी के कुटुंब का सदस्य _____ (कुटुंब का सदस्य होने की दशा में मृतक कर्मचारी का नाम लिखें)]* जो _____ कार्यालय में काम कर रहा था(कार्यालय का पूरा पता) यह घोषणा करता हूं कि मैं _____ में निवास करता हूं जो सीजीएचएस या मंत्रालय/विभाग(यथास्थिति) _____ द्वारा प्रशासित किसी तदनुरूप स्वास्थ्य योजना के दायरे में नहीं आता है। मैंने आस-पास के क्षेत्र में स्थित किसी भी अन्य डिस्पेंसरी से मंत्रालय/विभाग की सीजीएचएस/तदनुरूप स्वास्थ्य योजना के अंतर्गत आउटडोर सुविधाओं का लाभ उठाने के लिए कोई सीजीएचएस कार्ड प्राप्त नहीं किया है और न ही प्राप्त करना चाहता हूं।

नोट: * जो लागू न हो उसे काट दें

स्थान :-

दिनांक :-

(कार्यालय अध्यक्ष का हस्ताक्षर)

(आवेदक का हस्ताक्षर)

नियत चिकित्सा भत्ता प्ररूप एन-2

(नियत चिकित्सा भत्ता के बकायों का संदाय करने के लिए नामनिर्देशन प्ररूप)

(केंद्रीय सिविल सेवा(राष्ट्रीय पेंशन प्रणाली का कार्यान्वयन) नियमावली, 2021 द्वारा शासित सरकारी कर्मचारी के लिए)

मैं..... नीचे वर्णित व्यक्ति/व्यक्तियों को, एतद्वारा नामनिर्देशित करता हूँ और मेरी मृत्यु होने की दशा में उसे/उन्हें नीचे विनिर्दिष्ट सीमा तक नियत चिकित्सा भत्ता की बकाया रकम प्राप्त करने का अधिकार प्रदत्त करता हूँ:

नामनिर्देशिती का नाम, जन्मतिथि और पता	कर्मचारी/लाभार्थी से नातेदारी	प्रत्येक को संदत्त किया जाने वाला अंश	यदि नामनिर्देशिती अवयस्क है, तो उस व्यक्ति का नाम, जन्मतिथि और पता, जो अवयस्क के निमित्त रकम प्राप्त कर सकेगा	स्तम्भ (1) के अधीन नामनिर्देशिती की कर्मचारी/लाभार्थी से पूर्व मृत्यु होने की दशा में, आनुकल्पिक नामनिर्देशिती का नाम, जन्मतिथि, नातेदारी और पता	प्रत्येक को संदत्त किया जाने वाला अंश	उस व्यक्ति का नाम, जन्मतिथि और पता, जो स्तम्भ (5) में आनुकल्पिक नामनिर्देशिती के अवयस्क होने की दशा में रकम प्राप्त कर सकेगा	वह आकस्मिकता जिसके घटित होने पर नामनिर्देशन अविधिमान्य हो जाएगा
1	2	3	4	5	6	7	8

ये नामनिर्देशन पूर्व में मेरे द्वारा किए गए किन्हीं नामनिर्देशनों को अधिकांत करेंगे।

स्थान :

तारीख :

सरकारी कर्मचारी/लाभार्थी के हस्ताक्षर

सरकारी कर्मचारी का पीआरएएन :

दूरभाष/मोबाइल सं.

टिप्पण : 1 उन हितलाभों को पूरी तरह काट दें जिसके लिए नामनिर्देशन आशयित नहीं है।

टिप्पण: 2 सरकारी कर्मचारी अंतिम प्रविष्टि के नीचे खाली स्थान पर तिरछी रेखाएं खींचेगा ताकि उसके हस्ताक्षर करने के पश्चात् किसी नाम को अंतःस्थापित न किया जा सके।

टिप्पण: 3 पूर्ण रकम के अंश के अंतर्गत नामनिर्देशिती(यों)/आनुकल्पिक नामनिर्देशिती(यों) को संदेय सारी रकम आ जानी चाहिए।

तारीख को नियत चिकित्सा भत्ता के बकायों के संदाय के लिए नामनिर्देशन प्राप्त किए:-

श्री/श्रीमती/कुमारी द्वारा किया गया

पदनाम

कार्यालय.....

कार्यालयाध्यक्ष/प्राधिकृत राजपत्रित अधिकारी का नाम, हस्ताक्षर और पदनाम, मुहर सहित

प्राप्ति की तारीख

प्राप्त करने वाला अधिकारी उपरोक्त जानकारी को भरेगा और सम्यक रूप से भरे प्ररूप की हस्ताक्षरित प्रति सरकारी कर्मचारी को लौटाएगा जो उसे सुरक्षित अभिरक्षा में रखेगा ताकि वह उसकी मृत्यु होने की दशा में उसके हिताधिकारियों को प्राप्त हो सके।

प्राप्त करने वाला अधिकारी इस प्ररूप के दोनों पृष्ठों पर अपने दिनांकित हस्ताक्षर करेगा।

प्ररूप 2

कुटुंब के ब्यौरे

[केंद्रीय सिविल सेवा(राष्ट्रीय पेंशन प्रणाली का कार्यान्वयन) नियमावली, 2021 का नियम 10(3) देखे]

महत्वपूर्ण

1. सरकारी कर्मचारी/अभिदाता द्वारा प्रस्तुत मूल प्ररूप को प्रतिधारित किया जाए। सरकारी कर्मचारी/सेवानिवृत्त सरकारी कर्मचारी/अभिदाता द्वारा सभी परिवर्धन या परिवर्तन समर्थक दस्तावेजों सहित संसूचित किए जाएं और स्तम्भ 7 में कार्यालय अध्यक्ष के हस्ताक्षर से किए गए परिवर्तनों को इस प्ररूप में अभिलिखित किया जाए। मूल प्ररूप के स्थान पर नया प्ररूप न भरा जाए। तथापि, सेवानिवृत्त होने वाला अभिदाता सेवानिवृत्ति के समय कुटुंब के ब्यौरे दोबारा प्रस्तुत करेगा।
2. पति या पत्नी, सभी बालक और माता-पिता(चाहे कुटुंब पेंशन के लिए पात्र हो या नहीं) तथा निःशक्त सहोदरों(भाइयों और बहनों) के ब्यौरे दिये जा सकेंगे।
3. कार्यालय अध्यक्ष "टिप्पणियां" स्तम्भ में कुटुंब में परिवर्धन या परिवर्तन संबंधी संसूचना की प्राप्ति की तारीख उपदर्शित करेगा। निःशक्तता या कुटुंब सदस्य की वैवाहिक प्रास्थिति में परिवर्तन संबंधी तथ्य को भी "टिप्पणियां" स्तम्भ में उपदर्शित किया जाए।
4. पति और पत्नी में न्यायिक रूप से पृथक पति और पत्नी सम्मिलित होंगे।
5. सेवानिवृत्त सरकारी कर्मचारी पेंशन एवं पेंशनभोगी कल्याण विभाग के तारीख 4 नवंबर, 1992 के कार्यालय ज्ञापन सं. 1(23)-पी&पीडब्ल्यू/91-ई के अधीन विहित प्रोफार्मा में सेवानिवृत्ति के पश्चात् कुटुंब संरचना में हुए परिवर्तनों के ब्यौरे संलग्न करेगा।
6. जन्म प्रमाणपत्र की प्रतियां संलग्न की जाएं। यदि जन्म प्रमाणपत्र की प्रति उपलब्ध न हो, तो किसी अन्य प्रासंगिक प्रमाणपत्र की प्रति जन्मतिथि के प्रमाण के रूप में संलग्न की जाए।

सरकारी कर्मचारी/अभिदाता का नाम	पदनाम	राष्ट्रीयता

कुटुंब के सदस्यों के ब्यौरे:

क्र.सं.	नाम (कृपया भरने से पूर्व नीचे दी गई टिप्पणियों को देखें)	जन्मतिथि दिन/मास/वर्ष	आधार सं.* (वैकल्पिक)	सरकारी कर्मचारी/सेवानिवृत्त सरकारी कर्मचारी/अभिदाता के साथ नातेदारी	वैवाहिक प्रास्थिति	टिप्पणियां	कार्यालय अध्यक्ष के हस्ताक्षर और तारीख
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
1.							
2.							
3.							
4.							
5.							
6.							
7.							
8.							

मैं कार्यालय अध्यक्ष को कोई भी परिवर्धन या परिवर्तन अधिसूचित करके उपर्युक्त विशिष्टियों को अदद्यतन रखने का एतद्वारा वचन देता हूँ।

ई-मेल:(वैकल्पिक).....

स्थान

मोबाइल:(वैकल्पिक).....

तारीख.....

(हस्ताक्षर)

* आधार सं. देना वैकल्पिक है। तथापि, यदि यह दिया जाता है, तो इसे केवल पेंशन से संबंधित उद्देश्य के लिए बैंक खाते से जोड़ने और यूआईडीएआई से पहचान के प्रमाणीकरण के लिए सहमति दी गई, समझा जाएगा।

फॉर्मेट एन-1

**अति संदाय की वसूली के लिए बैंक को वचनबंध
(सरकारी कर्मचारी/कुटुंब के सदस्य द्वारा दिया जाए)**

सेवा में,

शाखा प्रबंधक

_____ (बैंक का नाम)

_____ (शाखा व पता)

विषय : आपके बैंक के माध्यम से खाता संख्या _____ के अधीन नियत चिकित्सा भत्ता(एफएमए) का संदाय।

महोदय/महोदया,

मेरे अनुरोध पर, आपके पास मेरे खाते में प्रतिमास जमा करके मुझे नियत चिकित्सा भत्ते का संदाय करने के लिए सहमत होने पर, मैं, अधोहस्ताक्षरी, घोषणा करता हूँ कि यदि मेरे आवासीय पते की स्थिति में परिवर्तन होता है, अर्थात् गैर-सीजीएचएस क्षेत्र से सीजीएचएस द्वारा कवर किए गए क्षेत्र में, तो मैं आपको तत्काल सूचित करूंगा।

मैं किसी ऐसी रकम जिसका मैं हकदार नहीं हूँ या कोई ऐसी रकम जो मेरे खाते में उस रकम से जिसका मैं हकदार हूँ या होगा, अधिक जमा की गई हो, को वापस करने या उसकी पूर्ति करने के लिए सहमत हूँ और इसका वचन देता हूँ।

इसके अलावा मैं, एतद्वारा, अपने और अपने वारिसों, उत्तराधिकारी, निष्पादकों और प्रशासकों से आबद्ध करने के लिए इस योजना के अंतर्गत मेरी नियत चिकित्सा भत्ते(एफएमए) को मेरे खाते में जमा करने में बैंक को हुई किसी भी हानि से और उसके विरुद्ध क्षतिपूर्ति करने के लिए और उसे बैंक को तत्काल भुगतान करने के लिए और बैंक को मेरे उक्त खाते या बैंक के कब्जे में मेरे किसी अन्य खाते/जमा राशि को डेबिट करके देय राशि की वसूली के लिए अपरिवर्तनीय रूप से अधिकृत करने के लिए सहमत हूँ और इसका वचन देता हूँ।

भवदीय

(सरकारी कर्मचारी/कुटुंब के सदस्य का हस्ताक्षर)

सरकारी कर्मचारी का पीआरएएन :

नाम :

पता :

साक्षी

(1) हस्ताक्षर

नाम :-

पता :-

दिनांक :-

(2) हस्ताक्षर

नाम :-

पता :-

दिनांक :-

फॉर्मेट एन-2

(एफएमए के लिए सरकारी कर्मचारी/कुटुंब के सदस्य के कागजपत्र अग्रेषित करने के लिए लेखा अधिकारी को भेजे जाने वाला पत्र)

सं.

भारत सरकार
मंत्रालय
विभाग/कार्यालय

दिनांक :-

सेवा में,

वेतन और लेखा अधिकारी/महालेखाकार

विषय : श्री/श्रीमती/कुमारी _____ के संदर्भ में एफएमए का प्राधिकार।

महोदय/महोदया,

मुझे, इस मंत्रालय/विभाग/कार्यालय के श्री/श्रीमती/कुमारी _____, पदनाम _____, पीआरएएन _____ के एफएमए कागजात आगे की आवश्यक कार्रवाई हेतु अग्रेषित करने का निदेश हुआ है।

कृपया इस पत्र की प्राप्ति की पावती दी जाए और इस मंत्रालय/विभाग/कार्यालय को सूचित किया जाए कि सेवानिवृत्त होने वाले/सेवानिवृत्त सरकारी कर्मचारी/कुटुंब के सदस्य को सूचित करते हुए, संबंधित संवितरण प्राधिकारी को एफएमए के संवितरण के लिए आवश्यक निर्देश जारी किए गए हैं।

भवदीय,

(कार्यालय अध्यक्ष)

संलग्नक :

- (i) सेवा पुस्तिका(सेवानिवृत्ति/मृत्यु की तारीख सेवा पुस्तिका में दर्शाई जाए)
- (ii) प्ररूप एन-1 में आवेदन
- (iii) प्ररूप एन-2 में नामनिर्देशन प्ररूप
- (iv) प्ररूप 2 में कुटुंब के ब्यौरे
- (v) फॉर्मेट एन-1 में बैंक को वचनबंध