



फार्म-डी

## डुप्लीकेट चिकित्सा पहचान-पत्र जारी करने के लिए आवेदन-पत्र (दो प्रतियों में भरा जाए)

सेवा में

दिनांक

लेखाधिकारी (चिकित्सा कक्ष),  
दिल्ली विकास प्राधिकरण,  
विकास सदन, आई.एन.ए.,  
नई दिल्ली-110023

**विषय:- चिकित्सा पहचान पत्र में संशोधन करने/डुप्लीकेट चिकित्सा पहचान पत्र जारी करने के लिए आवेदन-पत्र ।**

महोदय/महोदया,

कृपया मेरे चिकित्सा पहचान पत्र में निम्नलिखित सदस्य/विवरण को शामिल करें/काट दें/संशोधन कर दें। आपकी जानकारी के लिए आवश्यक विवरण नीचे दिया गया है। मेरा पुराना मेडिकल कार्ड आपके पास जमा कराने और रिकार्ड हेतु संलग्न है।

1. चिकित्सा कार्ड नम्बर : \_\_\_\_\_
2. सरकारी कर्मचारी का नाम : \_\_\_\_\_
3. पदनाम एवं तैनाती का स्थान: \_\_\_\_\_
4. संशोधन के कारण : \_\_\_\_\_  
(शामिल करना/काटना/संशोधित करना) \_\_\_\_\_
5. शामिल किया जाने वाला/काटे जाने वाला विवरण ( साफ अक्षरों में ):

| क्रम सं. | नाम | जन्मतिथि | संबंध |
|----------|-----|----------|-------|
| 1        |     |          |       |
| 2        |     |          |       |
| 3        |     |          |       |

**टिप्पणी: स.**

1. कृपया बच्चों के जन्म-तिथि प्रमाण-पत्र की प्रति संलग्न करें।
2. कृपया माता-पिता/आश्रित भाइयों/बहनों के नाम शामिल करने के मामले में निवास स्थान का प्रमाण संलग्न करें।

अथवा

मेरा चिकित्सा कार्ड गुम हो गया है जिसकी सूचना \_\_\_\_\_  
पुलिस स्टेशन में दे दी गई है। ( एफ.आई.आर. की प्रति संलग्न है)।

कृपया मुझे उक्त विवरण वाला नया चिकित्सा कार्ड शीघ्र जारी करने की कृपा करें।

दि.वि.प्रा. के कर्मचारी/पेंशन प्राप्तकर्ता के हस्ताक्षर \_\_\_\_\_

नकद रसीद संख्या एवं तिथि: \_\_\_\_\_  
(डुप्लीकेट/नया चिकित्सा कार्ड  
जारी करने के लिए 150/-रुपये जमा कराएँ)।

आहरण एवं संवितरण अधिकारी के हस्ताक्षर : \_\_\_\_\_

### (कार्यालय उपयोग हेतु)

पुराना चिकित्सा कार्ड वापिस लिया गया / एफ.आई.आर. की प्रति सत्यापित की गई।

दिनांक \_\_\_\_\_ को नया कार्ड जारी किया गया।

लेखाधिकारी(चिकित्सा कक्ष) के हस्ताक्षर



FORM – D

**Application form for issue of Duplicate Medical Identity Card**  
(To be filled in Duplicate)

Date \_\_\_\_\_

To

AO (Medical Cell)  
Delhi Development Authority  
Vikas Sadan, INA, New Delhi – 110023

**Subject: Application for Amendment / issue of Duplicate Medical Identity Card**

Sir / Madam,

Kindly add / delete / amend the following member / details in my Medical Identity Card. Necessary details are given below for your information please. My old medical card number is attached for your retention and record purpose.

1. Medical Card Number : \_\_\_\_\_
2. Name of the Govt. Servant : \_\_\_\_\_
3. Designation and Place of Posting : \_\_\_\_\_
4. Reasons for Amendment  
(Add / Delete / Amend) : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
5. New Addition / Deletion (In CAPITAL LETTER) :

| Sl.No. | Name | Date of Birth | Relationship |
|--------|------|---------------|--------------|
| 1      |      |               |              |
| 2      |      |               |              |
| 3      |      |               |              |

**NOTE :** I. Please attach copy of birth certificate of children  
II. Please attach proof of residence in case of Parents/dependent brothers / sisters to be included.

OR

I have lost my medical card. Loss has been reported at Police Station \_\_\_\_\_ (Copy of FIR enclosed).

I may please be issued the new medical card with the above details at the earliest.

Signature of DDA Employee / Pensioner : \_\_\_\_\_

Cash Receipt Number and date : \_\_\_\_\_  
( **Rs.150/- to be deposited for Duplicate / New Medical Card** )

Signature by DDO : \_\_\_\_\_

**(FOR OFFICE USE)**

Old Medical Card Withdrawn. / Copy of FIR verified.  
New Card Issued on .....

Signature of AO (Med. Cell)