



एसिक/ESIC-53

“निगम हिन्दी पत्राचार का स्वागत करता है”

कर्मचारी राज्य बीमा निगम

EMPLOYEES' STATE INSURANCE CORPORATION

[बीमाकृत व्यक्ति के शाखा कार्यालय/औषधालय के विवरणों में परिवर्तन हेतु प्रार्थना पत्र]

[Application for change in particulars of Insured Person regarding change of Branch Office/Dispensary]

प्रेषक

From :

बीमाकृत व्यक्ति का नाम
Name of the Insured Person _____ बीमा संख्या
Ins. No. _____

पता
Address _____

सेवा में
To

क्षेत्रीय निदेशक/शाखा प्रबन्धक/
The Regional Director/Branch Manager/
प्रभारी चिकित्सा अधिकारी,
Medical Officer In-charge
कर्मचारी राज्य बीमा निगम
E.S.I. Corporation

महोदय
Sir,

मेरे आबंटन में निम्न प्रकार परिवर्तन और/या मेरे अभिलेख में निम्न परिवर्तन करने की कृपा करें :-

I request you to please change my allotment as follows and/or to carry out the following changes in my records.

(1) शाखा कार्यालय से शाखा कार्यालय
From Branch Office _____ to Branch Office _____

(2) औषधालय से औषधालय
From Dispensary _____ to Dispensary _____

(3) अन्य परिवर्तन यथा
Other changes e.g. _____

नाम, पिता का नाम, आयु, पता या
Name, Father's name, age, address or _____

परिवर्तन का कारण
Reason for change _____

भवदीय

Yours faithfully

बीमाकृत व्यक्ति के हस्ताक्षर, अंगूठे का निशान
Signature/L.T.I. of Insured Person

तारीख/Date _____

संख्या
No. _____

प्रबन्धक, शाखा कार्यालय _____ को आवश्यक कार्रवाई हेतु अग्रेषित। हमने आवेदन के नाम में परिवर्तन अपने अभिलेखों में अंकित कर लिया है।

Forwarded to the Manager, Branch Office _____ for necessary action. The change in the name of the applicant has been duly carried out by us in our records.

नियोजक के हस्ताक्षर
Signature of the employer

पता
Address _____

तारीख/Date _____

कूट संख्या Code No. _____