


**भारत सरकार, श्रम एवं रोजगार मंत्रालय**  
**GOVT. OF INDIA, MINISTRY OF LABOUR & EMPLOYMENT**  
 कर्मचारी राज्य बीमा निगम  
**EMPLOYEES' STATE INSURANCE CORPORATION**  
 कार्यालय / Office



क. रा. बी. नि.  
E.S.I.C.

**चिकित्सा कार्ड**

पेंशनर ई.आर.पी संख्या / Pensioner ERP No. xxxxxxxxxxxxxxxx

पेंशनर का नाम xxxxxxxxxxxxxxxx  
 Name of Pensioner xxxxxxxxxxxxxxxx

जन्म तिथि xxxxxxxxxxxxxxxx लिंग xxxxxxxxxxxxxxxx  
 Date of Birth xxxxxxxxxxxxxxxx Gender xxxxxxxxxxxxxxxx


वार्ड की पात्रता / Ward Entitlement xxxxxxxxxxxxxxxx

रक्त समूह / Blood Group xxxxxxxxxxxxxxxx


वैधता / Valid upto xxxxxxxxxxxxxxxx

कार्ड संख्या / Card No. xxxxxxxxxxxxxxxx जारीकर्ता / Issuing Authority

Pensioner  
Photo



**भारत सरकार, श्रम एवं रोजगार मंत्रालय**  
**GOVT. OF INDIA, MINISTRY OF LABOUR & EMPLOYMENT**  
 कर्मचारी राज्य बीमा निगम  
**EMPLOYEES' STATE INSURANCE CORPORATION**  
 कार्यालय / Office



क. रा. बी. नि.  
E.S.I.C.

**चिकित्सा कार्ड**

कर्मचारी संख्या / Employee No.

कर्मचारी का नाम xxxxxxxxxxxxxxxx  
 Name of Employee

जन्म तिथि xxxxxxxxxxxxxxxx लिंग xxxxxxxxxxxxxxxx  
 Date of Birth xxxxxxxxxxxxxxxx Gender xxxxxxxxxxxxxxxx


वार्ड की पात्रता / Ward Entitlement xxxxxxxxxxxxxxxx

रक्त समूह / Blood Group xxxxxxxxxxxxxxxx


वैधता / Valid upto xxxxxxxxxxxxxxxx

कार्ड संख्या / Card No. xxxxxxxxxxxxxxxx जारीकर्ता / Issuing Authority

Employee  
Photo



**भारत सरकार, श्रम एवं रोजगार मंत्रालय**  
**GOVT. OF INDIA, MINISTRY OF LABOUR & EMPLOYMENT**  
 कर्मचारी राज्य बीमा निगम  
**EMPLOYEES' STATE INSURANCE CORPORATION**  
 कार्यालय / Office



क. रा. बी. नि.  
E.S.I.C.

**चिकित्सा कार्ड**

पेंशनर ई.आर.पी संख्या / Pensioner ERP No. xxxxxxxxxxxxxxxx

अश्रित का नाम xxxxxxxxxxxxxxxx  
 Name of Dependent xxxxxxxxxxxxxxxx

जन्म तिथि xxxxxxxxxxxxxxxx लिंग xxxxxxxxxxxxxxxx  
 Date of Birth xxxxxxxxxxxxxxxx Gender xxxxxxxxxxxxxxxx


वार्ड की पात्रता / Ward Entitlement xxxxxxxxxxxxxxxx

रक्त समूह / Blood Group xxxxxxxxxxxxxxxx


वैधता / Valid upto xxxxxxxxxxxxxxxx

कार्ड संख्या / Card No. xxxxxxxxxxxxxxxx जारीकर्ता / Issuing Authority

Dependent  
Photo



**भारत सरकार, श्रम एवं रोजगार मंत्रालय**  
**GOVT. OF INDIA, MINISTRY OF LABOUR & EMPLOYMENT**  
 कर्मचारी राज्य बीमा निगम  
**EMPLOYEES' STATE INSURANCE CORPORATION**  
 कार्यालय / Office



क. रा. बी. नि.  
E.S.I.C.

**चिकित्सा कार्ड**

कर्मचारी संख्या / Employee No.

अश्रित का नाम xxxxxxxxxxxxxxxx  
 Name of Dependent xxxxxxxxxxxxxxxx

जन्म तिथि xxxxxxxxxxxxxxxx लिंग xxxxxxxxxxxxxxxx  
 Date of Birth xxxxxxxxxxxxxxxx Gender xxxxxxxxxxxxxxxx

वार्ड की पात्रता / Ward Entitlement xxxxxxxxxxxxxxxx

रक्त समूह / Blood Group xxxxxxxxxxxxxxxx

वैधता / Valid upto xxxxxxxxxxxxxxxx

कार्ड संख्या / Card No. xxxxxxxxxxxxxxxx जारीकर्ता / Issuing Authority

Dependent  
Photo

Particular of Dependents:

S.No.	Name	DOB	Relation

Dependent's  
Photo

आवंटित औषधालय XXXXXXXXXXXX  
 Allotted dispensary XXXXXXXXXXXX

घर का पता:  
 Residential Address: xxxxxxxx

जारी करने की तिथि: xxxxxxxx Mobile No. : xxxxxxxxxxxxxx

Particular of Dependents:

S.No.	Name	DOB	Relation

Dependent's  
Photo

कर्मचारी का पदनाम: XXXXXXXXXXXX आवंटित औषधालय XXXXXXXXXXXX  
 Post Held by the employee XXXXXXXXXXXX Allotted dispensary XXXXXXXXXXXX

घर का पता:  
 Residential Address: xxxxxxxx

जारी करने की तिथि: xxxxxxxx Mobile No. : xxxxxxxxxxxxxx

Particular of Dependents:

S.No.	Name	DOB	Relation

Dependent's  
Photo

आवंटित औषधालय XXXXXXXXXXXX  
 Allotted dispensary XXXXXXXXXXXX

घर का पता:  
 Residential Address: xxxxxxxx

जारी करने की तिथि: xxxxxxxx Mobile No. : xxxxxxxxxxxxxx

Particular of Dependents:

S.No.	Name	DOB	Relation

Dependent's  
Photo

कर्मचारी का पदनाम: XXXXXXXXXXXX आवंटित औषधालय XXXXXXXXXXXX  
 Post Held by the employee XXXXXXXXXXXX Allotted dispensary XXXXXXXXXXXX

घर का पता:  
 Residential Address: xxxxxxxx

जारी करने की तिथि: xxxxxxxx Mobile No. : xxxxxxxxxxxxxx