



वैज्ञानिक तथा औद्योगिक अनुसंधान परिषद्
COUNCIL OF SCIENTIFIC & INDUSTRIAL RESEARCH
अनुसंधान भवन, 2, रफी मार्ग, नई दिल्ली-110 001
Anusandhan Bhawan, 2, Rafi Marg, New Delhi- 110 001

No. 8-3(5)/2026-मेडिकल

Dated 16/10/2026

सेवा में,

पेंशनर/फेमिली पेंशनर

Pensioner/Family Pensioner

विषय: CGHS कार्ड नवीनीकृत किए जाने के संबंध में।

Sub: Regarding renewal of CGHS Cards

महोदय/महोदया,

Sir/Madam,

प्रत्येक वर्ष की भाँति, पेंशनरों/पारिवारिक पेंशनरों के CGHS कार्डों के वार्षिक नवीनीकरण की प्रक्रिया (दिनांक 01 जनवरी, 2027 से 31 दिसम्बर, 2027 तक की अवधि के लिए) प्रारंभ की जा रही है।

The process of annual renewal of CGHS cards for pensioners/family pensioners is being initiated for the next year i.e. from 1 January 2027 to 31 December 2027.

इस संबंध में, आपसे अनुरोध है कि मुख्य CGHS लाभार्थी तथा परिवार के अन्य CGHS लाभार्थी सदस्यों का विवरण संलग्न निर्धारित प्रपत्र में भरकर दिनांक 28 अक्टूबर, 2026 तक डाक द्वारा अथवा ई-मेल (csirmedical@gmail.com) के माध्यम से इस कार्यालय को भेजने का कष्ट करें, ताकि उक्त विवरण CGHS मुख्यालय, आर.के. पुरम को अग्रेषित किया जा सके तथा आपके CGHS कार्ड के माध्यम से 31 दिसम्बर, 2026 के पश्चात भी चिकित्सा सुविधाएँ निर्बाध रूप से जारी रखी जा सकें।

In this regard, you are requested to kindly fill in the details of the main CGHS beneficiary and other CGHS beneficiary family members in the prescribed format enclosed herewith and submit the same to this office by post or via e-mail (csirmedical@gmail.com) on or before 28 October 2026, so that the details may be forwarded to the CGHS Headquarters, R.K. Puram, to enable us to provide uninterrupted medical facility beyond 31 December 2026.

भवदीय,

Yours faithfully

(अनिल कुमार)/(Anil Kumar)

अनुभाग अधिकारी/Section Officer

011- 23470619

संलग्न: Undertaking फॉर्म

Enclosed: Undertaking Form.

Copy to:-

प्रतिलिपि:-

1. प्रमुख, आईटी प्रभाग- सीएसआईआर वेबसाइट पर अपलोड किए जाने के अनुरोध के साथ/
Head, IT Division-With the request to upload on CSIR-HQ Website
2. कार्यालय प्रति/Office Copy

Council of Scientific & Industrial Research
Anusandhan Bhawan, 2, Rafi Marg, New Delhi- 110001

UNDERTAKING FOR RENEWAL OF CGHS CARD

(To be filled every year as per the CGHS Card renewal cycle)

I hereby certify that I _____, CGHS Card No. (Ben ID) _____
pensioner/ family pensioner is alive on this date _____.

Signature of Pensioner/Family Pensioner

Sl.No.	Particular	Remarks/Details
1.	Name of Lab/Instt. from where retired	
2.	Pension Payment Order no. (PPO No.)	
3.	Whether life time contribution towards obtaining Medical Facility/CGHS Card was deposited or not (Please tick ✓)	YES _____ NO _____
4.	Current Address	
5.	Email ID	
6.	Mobile No.	
7.	Alternate Mobile No.	
8.	Drawing Fixed Medical Allowance (FMA)? (Please tick ✓)	YES _____ NO _____
9.	Date of Retirement	
10.	Total No. of CGHS cards alongwith Ben. IDs	

Note: All fields are to be filled mandatory.

Place:

Date:

Signature of Pensioner/Family Pensioner

वैज्ञानिक तथा औद्योगिक अनुसंधान परिषद
अनुसंधान भवन, 2, रफी मार्ग, नई दिल्ली-110001

सीजीएचएस कार्ड के नवीनीकरण हेतु वचन-पत्र

(सीजीएचएस कार्ड नवीनीकरण के अनुसार प्रत्येक वर्ष भरा जाना है)

मैं एतद्वारा प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैं _____, सीजीएचएस कार्ड संख्या (लाभार्थी आईडी) _____ पेंशनभोगी/परिवार पेंशनभोगी हूँ तथा आज दिनांक _____ को जीवित हूँ।

_____ पेंशनभोगी/परिवार पेंशनभोगी के हस्ताक्षर

क्र. सं.	विवरण	टिप्पणी/ब्यौरा
1.	किस प्रयोगशाला/संस्थान से सेवानिवृत्त हुए	
2.	पेंशन भुगतान आदेश संख्या (PPO संख्या)	
3.	क्या चिकित्सा सुविधा/सीजीएचएस कार्ड प्राप्त करने हेतु आजीवन अंशदान जमा किया गया है? (कृपया सही विकल्प पर ✓ लगाएँ)	हाँ _____ नहीं _____
4.	वर्तमान पता	
5.	ई-मेल आईडी	
6.	मोबाइल नंबर	
7.	वैकल्पिक मोबाइल नंबर	
8.	क्या निश्चित चिकित्सा भत्ता (FMA) प्राप्त कर रहे हैं? (कृपया सही विकल्प पर ✓ लगाएँ)	हाँ _____ नहीं _____
9.	सेवानिवृत्ति की तिथि	
10.	लाभार्थी आईडी सहित सीजीएचएस कार्डों की कुल संख्या	

नोट: सभी प्रविष्टियाँ भरना अनिवार्य है।

स्थान: _____

दिनांक: _____

_____ पेंशनभोगी/परिवार पेंशनभोगी के हस्ताक्षर