कर्मचारी राज्य बीमा निगम
(श्रम एवं रोजगार मंत्रालय, भारत सरकार)
EMPLOYEES' STATE INSURANCE CORPORATION
(Ministry of Labour & Employment, Govt. of India)
क्षेत्रीय कार्यालय / Regional Office
पंचदीप भवन, भवानी सिंह मार्ग, जयपुर-302001
Panchdeep Bhawan, Bhawani Singh Road, JAIPUR-302001
Phone: 0141-2989581 Email : rd-rajasthan@esic.nic.in
Website : www.esic.nic.in / www.esic.in |

क्रमांक : N-19012/2/2024-BFT दिनांक: 09-09-2025

समस्त अधीनस्थ शाखा कार्यालय / डीसीबीओ ,
क्षेत्रीय कार्यालय,
कर्मचारी राज्य बीमा निगम,
जयपुर ।

विषय: आईटी हेल्पडेस्क से संबन्धित विभिन्न मामलों के संबंध में दिशानिर्देश ।

महोदय/महोदया,

उपर्युक्त विषयांतर्गत यह पाया गया है कि शाखा कार्यालयों से बीमितों के आधार/यूएएन डीसीड करने हेतु इस कार्यालय को पत्र/ईमेल प्राप्त हो रहे हैं। इस संबंध में निम्नलिखित बिंदुओं की अनुपालना करना सुनिश्चित करें :

1. प्रायः देखा गया है कि शाखा कार्यालयों द्वारा प्रकरण सीधे ही **आईटी हेल्पडेस्क** को प्रेषित कर दिए जाते हैं और उसके बाद अनुमति हेतु इस कार्यालय को भेजे जाते हैं। कृपया ऐसा न करें।
   ऐसे प्रकरण प्राप्त होते ही **सर्वप्रथम क्षेत्रीय कार्यालय से अनुमति प्राप्त करें**, तत्पश्चात् ही **आईटी हेल्पडेस्क** को प्रेषित करें, ताकि इस बीच आईटी हेल्पडेस्क द्वारा **टिकट क्लोज़** न की जाए।
2. ऐसे प्रकरणों में बीमित से **प्रार्थना पत्र** अनिवार्य रूप से प्राप्त करें और उसे क्षेत्रीय कार्यालय को प्रेषित करें।
3. ऐसे प्रकरणों में सभी सूचनाएँ **ऑनलाइन जांचें**। उसी आधार पर प्रकरण (**ऑनलाइन स्क्रीनशॉट संलग्न कर**) क्षेत्रीय कार्यालय को प्रेषित करें।
4. यह देखा गया है कि अनेक बीमित, जिनके दो बीमांक हैं, **पुराने बीमांक** से आधार/यूएएन डीसीड करवाकर **नए बीमांक** पर सीड कराने हेतु प्रार्थना पत्र प्रस्तुत करते हैं। जबकि नियमानुसार ऐसे मामलों में **पुराने बीमांक को ही जारी रखना आवश्यक है।**
   तथापि, शाखा कार्यालय नियमावली के पैरा 1.79 के अनुसार –
   "जहाँ कर्मचारी नए नियोक्ता के पास कार्य प्रारम्भ करता है और अपने पूर्व पंजीकरण से संबंधित कोई दस्तावेज प्रस्तुत नहीं करता है, वहाँ स्वाभाविक रूप से उसे नया बीमित माना जाएगा और उसके संबंध में नया बीमांक जारी किया जाएगा। यदि बाद के किसी चरण में यह पता चलता है कि बीमित व्यक्ति पहले से पंजीकृत था, तो नई बीमा संख्या को यथावत रखा जाएगा, जब तक यह न पाया जाए कि नई बीमा संख्या के आवंटन से बीमित व्यक्ति को प्रतिकूल प्रभाव पड़ रहा है।"

   ऐसे मामलों में, जहाँ **अंशदान स्थानांतरण** कराने की आवश्यकता हो, बीमित और नियोजक से संपर्क कर प्रक्रिया निम्नानुसार अपनाई जाए :

   i. सर्वप्रथम वर्तमान नियोजक को **पुराने बीमांक** को **ऑनलाइन टैग** करने हेतु निर्देशित करें।
   ii. चूँकि बीमित **पुराना आईपी** है, अतः टैग करते समय **नियुक्ति तिथि 10 दिवस (within 10 days)** के भीतर अवश्य दर्ज करें, ताकि **कारण बताओ नोटिस** जारी न हो। अन्यथा प्रक्रिया **राजस्व शाखा** के माध्यम से होकर **हितलाभ शाखा** द्वारा की जाएगी, जिससे निपटान में अनावश्यक देरी होगी ।
   iii. यदि किसी कारणवश नियोजक द्वारा **टैग** नहीं किया जा रहा है, तो शाखा कार्यालय द्वारा भी टैग किया जा सकता है। ऐसी स्थिति में कार्रवाई **बिंदु संख्या 2** के अनुसार ही करें।
   iv. तत्पश्चात् बीमित तथा नियोजक से **अंशदान स्थानांतरण** हेतु प्रयुक्त **Annexure A एवं B** प्राप्त कर प्रेषित करें।
   v. **अंशदान स्थानांतरण** की प्रक्रिया के दौरान नियोजक को अवगत कराना सुनिश्चित करें कि **अंशदान की कटौती पुराने बीमांक पर ही प्रारम्भ करें।**

उपर्युक्त परिस्थितियों में आईटी हेल्पडेस्क से संबन्धित कोई भी प्रकरण क्षेत्रीय कार्यालय प्रेषित किया जाए तो शाखा प्रबंधक **पात्रता की जाँच कर स्पष्ट सिफ़ारिश सहित** प्रकरण भेजें।

अतः कृपया उपर्युक्त **दिशानिर्देशो को अनुपालना करना सुनिश्चित करे।**

यह क्षेत्रीय निदेशक(प्रभारी) के अनुमोदन से जारी है।

उप निदेशक (हितलाभ)

Digitally signed by
Devender S Shekhawat
Date: 09-09-2025
12:35:39

Annexure 'A'

Application for Transfer of Contribution

(To be submitted in Hard Copy to Branch Office)

Details of the Employer : -

17 digit Code number of the Employer : -

Name of the Employer : -

Address of the Employer : -

Pincode :-

Telephone no. of Employer :-

Email Id :-

Details of I.P. :

Sl. No.	Insurance Number of the IP on which contribution is paid	Name of the IP	Contribution Period which to be transferred	Telephone no. of the IP	Correct number of the IP	Pehchaan card number if prepared

I undersigned Shri/Smt.____hereby certify that the aforesaid IP is working in our company and I was aware/not aware about his past insurance number and allotted him new insurance number.

I, therefore, request you to kindly transfer the contribution deducted for the period from __________to_____________on Insurance Number____________to insurance number______________.

I further certify that apart from the above case/cases I do not have any other such case/cases.

Signature of the Employer

Employer Code :

Name of the Employer/Authorized Person :

Designation :

SEAL

Annexure 'B'

UNDERTAKING

(To be furnished by Insured Person – IP)

I, undersigned ____

Employer Code Number_________________________________Insurance Number _______________

hereby declare that

i. I have undergone my pehchaan photo session on insurance number_________________.

ii. I have informed/not informed my employer about my earlier number and obtained/given a new Insurance number which is__________________________on which contribution is deducted for the period from___________to_____________.

iii. I request you to kindly transfer the contribution deducted on insurance no. ___________________ to__________________for the period from______________________to ____________________.

iv. I have not claimed any benefit for the aforesaid period and if, in future, it is found that any excess amount is paid to me I indemnify to refund the same.

v. I am aware that ESIC reserves the right to accept/refuse the above request without assigning any reason thereof.

Signature of the IP

Witness

Signature

Employer Code :

Name of the Employer/Authorized Person :

Designation :