

בס"ד

תאריך :

לכבוד

המוסד ביטוח לאומי

גברת תלמה פרידברג-תחום בריאות

משרד ראשי- שדרות וויצמן 13

ירושלים,

שלום וברכה,

**הנידון: החזר דמי תשלום דמי בריאות (קופת חולים)**

שמי \_\_\_\_\_ מס' ביטוח לאומי \_\_\_\_\_

מס' דרכון \_\_\_\_\_

מצ"ב פירוט תשלומים מקופת חולים "מאוחדת" על התקופה ששילמתי בטרם קיבלתי תושבות וזאת לאחר ששילמתי במגביל לביטוח לאומי.

מהתאריך \_\_\_\_\_ עד \_\_\_\_\_

אודה לכם מאוד על טיפולכם להחזר דמי הבריאות:

שם בנק: \_\_\_\_\_

מספר סניף: \_\_\_\_\_ מספר חשבון: \_\_\_\_\_

כתובת: \_\_\_\_\_

טלפון/פאלפון: \_\_\_\_\_

בכבוד רב