



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הביטוח והגביה
אגף הביטוח והבריאות

חותמת קבלה

לשימוש פנימי בלבד (סריקה)	
מס' זהות / דרכון _____	מספר תיק ניכויים _____
סוג המסמך _____	דפים _____

בקשת עובד שכיר לחישוב תקופת המתנה

לידיעתך

חוק ביטוח בריאות ממלכתי, מקנה למבוטח את הזכות לראות בתקופת שהייתו בחו"ל כאילו שהה בישראל לצורך חישוב תקופת המתנה, וזאת אם הוא שוהה בחו"ל לצורך עיסוקו.
על מנת שנוכל לבדוק את זכאותך, הינך מתבקש למלא את השאלון ולצרף אישורים מתאימים.

1

פרטי המעסיק

שם המעסיק _____

מספר תיק ניכויים

כתובת

רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד
_____	_____	_____	_____	_____	_____
טלפון קווי של בעל העסק	טלפון נייד	דואר אלקטרוני			
0 _____	0 _____	_____			

בעלי השליטה ובעלי המניות בחברה

2

מהות העבודה ותנאי ההעסקה

- האם יש קרבה משפחתית בינך לבין העובד? לא כן, פרט סוג הקרבה _____
- מדוע נוצר הצורך להעסיקו? לאיזה תקופות? _____
- מדוע נדרש המבוטח לשהות בחו"ל לצורך העבודה? פרט, _____
- האם למעביד משרדים בחו"ל? לא כן, פרט _____
- האם יש עובדים נוספים המועסקים בחו"ל? לא כן, פרט _____
- תחילת עבודתו של העובד: _____
- כיצד משולם השכר? נא לצרף אישורים על תשלום השכר בפועל. _____

3

הצהרת המעביד

אני החתום מטה, מצהיר בזה כי כל הפרטים שמסרת לי הם נכונים ומלאים. אני מתחייב להודיע למוסד לביטוח לאומי מייד על כל שינוי שיחול באחד הפרטים בעניין העסקתו של העובד, לרבות אם נותקו יחסי עובד ומעביד עם העובד. ידוע לי שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים אשר יכולים להשפיע על הזכאות הן עבירה על החוק ודינו של אדם אשר מוסר פרטים לא נכונים במרמה או בידועין, קנס כספי או מאסר.

תאריך _____ שם _____ תפקיד _____ חתימה * _____

4

פרטי העובד

שם משפחה	שם פרטי	מספר ת.ז.

כתובת מגורים בישראל

רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד
טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני			
0	0				
<input type="checkbox"/> אני מאשר קבלת הודעות SMS					

פרט ככל הניתן אופי ומהות עבודתך המתבצעת בחו"ל. יש להתייחס למקומות בהם הינך שוהה, האנשים הקשורים לעבודה עמם הינך נפגש לצרכי עבודה וכל מידע אחר שיש בו לתמוך בבקשתך.

5

הצהרת העובד

אני החתום מטה, מבקש לחשב לי את תקופת ההמתנה החלה עלי בהתחשב בעיסוקי בחו"ל כעובד שכיר וזאת על פי הוראות סעיף 58(ב) לחוק ביטוח בריאות ממלכתי.
 אני מצהיר בזה כי כל הפרטים שמסרתי הם נכונים ומלאים. אני מתחייב להודיע למוסד לביטוח לאומי מייד על כל שינוי שיחול באחד הפרטים בבקשה זו
 ידוע לי שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים אשר יכולים להשפיע על הזכאות, הן עבירה על החוק, ואדם אשר מוסר פרטים לא נכונים במרמה או בידועין, דינו קנס כספי או מאסר.

תאריך _____ שם _____ חתימה * _____

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים וגברים כאחד