

מדינת ישראל
משרד הביטחון / אגף השיקום

בקשה להחזר הוצאות נסיעה
לטיפול רפואי

שם משפחה	שם פרטי	מס' תיק	דרגת נכות
מען	נפח סמ"ק		

אבקשכם להחזיר לי הוצאות נסיעה לטיפול רפואי לחודש _____ 200 .
הריני מצהיר בזאת שהנסיעות בוצעו; ברכב פרטי בתחבורה ציבורית ברכבי הפרטי
בהתאם לאישור מיוחד של הרופא המוסמך.
מצורפים בזאת האישורים הדרושים.

פירוט ההוצאות*			ממקום	למקום	מטרת הנסיעה	תאריך הנסיעה
מס' ק"מ ברכב פרטי	מס' ק"מ רפואי ברכב פרטי	תחבורה ציבורית				
ק"מ			סה"כ			
שקל						

* בטור הימני יצוינו הוצאות נסיעה בתחבורה ציבורית לזכאים שאינם בעלי רכב רפואי.
הטור האמצעי מיועד לזכאים בעלי רכב רפואי ובו יצוין מס' בקילומטרים לכל נסיעה.
הטור השמאלי מיועד לזכאים שאינם בעלי רכב רפואי ונסעו לטיפול ברכבם הפרטי באישור מפורט של הרופא המוסמך.

_____ **חתימת המבקש**

_____ **תאריך**

למילוי ע"י מרפאת הלשכה;

הריני לאשר בזאת כי התשלום נבדק ואושר בהתאם להוראות הרופא המוסמך המצויות בתיק הרפואי.

_____ **תאריך** _____ **שם העובד** _____ **תפקיד** _____ **חתימה**