



**המוסד לביטוח לאומי**  
מינהל הביטוח והגביה  
אגף הביטוח והבריאות

**בקשת עובד עצמאי לחישוב תקופת המתנה**

**חותמת קבלה**

לשימוש  
פנימי  
בלבד  
(סריקה)

מס' זהות / דרכון

סוג המסמך

דפים

**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

**פרטי המבוטח**

1

שם משפחה	שם פרטי	מספר ת.ז.																		
<table border="1"> <tr> <th colspan="6">כתובת</th> </tr> <tr> <td>רחוב / תא דואר</td> <td>מס' בית</td> <td>כניסה</td> <td>דירה</td> <td>יישוב</td> <td>מיקוד</td> </tr> <tr> <td>טלפון קווי של בעל העסק</td> <td>טלפון נייד SMS</td> <td colspan="4">דואר אלקטרוני</td> </tr> </table>			כתובת						רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד	טלפון קווי של בעל העסק	טלפון נייד SMS	דואר אלקטרוני			
כתובת																				
רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד															
טלפון קווי של בעל העסק	טלפון נייד SMS	דואר אלקטרוני																		
<input type="checkbox"/> אני מסרב לקבל הודעות הכוללות מידע אישי בערוצים הדיגיטליים (הודעות טקסט – SMS, דואר אלקטרוני), במקום דואר רגיל.																				

**עבודה כעצמאי בישראל**

2

משלח יד	שעות העבודה בממוצע בשבוע	גובה ההכנסה החודשית הממוצעת
תאריך פתיחת תיק מ.ע.מ – נא להמציא אישור	תאריך פתיחת תיק במס ההכנסה- נא להמציא אישור.	תאריך פתיחת תיק ניכויים

**עבודה כעצמאי בחו"ל**

3

- פרט מהות עבודתך בחו"ל, \_\_\_\_\_, תקופת העבודה \_\_\_\_\_
- מדוע הינך נדרש לבצע עבודה בחו"ל? – ציין שמות בעלי מקצוע ו/או גורמים עמם אתה נפגש ומסמכים התומכים בכך שהינך שוהה בחו"ל לצורך עבודתך. \_\_\_\_\_
- האם הינך מפיק רווחים בשל עבודתך כעצמאי בחו"ל? – נא פרט \_\_\_\_\_
- האם בגין הוצאות שהייתך בחו"ל, דרשת הוצאות במס הכנסה?  כן, פרט וצרף אישור. \_\_\_\_\_  
 לא, ציין מדוע \_\_\_\_\_

**הצהרת העובד**

5

אני החתום מטה, מבקש לחשב לי את תקופת המתנה החלה עלי בהתחשב בעיסוקי בחו"ל כעובד עצמאי 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 בתביעה 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 \* \_\_\_\_\_