



משרד הביטחון
אגף משפחות, הנצחה ומורשת



מדינת ישראל

| | |
|----------------------------------|--|
| חובה למלא את השדות המסומנים ב *. | |
| תאריך | |
| מספר תיק | |
| מחוז מטפל | |

אל: משרד הביטחון- אגף משפחות, הנצחה ומורשת

הנדון: דמי ביטוח בריאות ממלכתי לבודד

עפ"י חוק חיילים שנספו במערכה, משרד הביטחון משתתף בתשלום ביטוח בריאות. גובה ההשתתפות נקבע בהתחשב בכך שלזכאי יש/אין מקור חלופי לתשלום ביטוח בריאות.

פרטי המבקש

| | | |
|--------------|---------------|-------------------|
| שם פרטי * | שם משפחה * | מספר תעודת זהות * |
| רחוב * | מס' בית * | יישוב * |
| טלפון נייד * | דואר אלקטרוני | מיקוד |

נא לסמן את הסעיף המתאים

יש לי מקור תשלום לביטוח בריאות כדלקמן
 ממשכורת מפנסיה מקצבת ביטוח לאומי (יש לפרט איזו) _____
 מקור אחר (יש לפרט איזו) _____

אבקש לעדכן עבורי השתתפות בגין ביטוח בריאות.

אין לי מקור תשלום לביטוח בריאות
 אבקש לבטח אותי בביטוח בריאות ממלכתי, באמצעות התגמול החודשי.

תאריך _____ הריני מאשר/ת חתימת המסמך באופן דיגיטלי

חתימת המבקש
(במקרים בהם הטופס מוגש ידני)

משרד הביטחון, אגף משפחות, הנצחה ומורשת

מרכז שרות טלפוני: 03-7776700 | www.mishpahot-hantzaha.mod.gov.il