



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 *	מיקוד	
טלפון נייד *		דואר אלקטרוני		

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