



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 לזוג

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

<input type="checkbox"/> יש לי מקור תשלום לביטוח בריאות כדלקמן ממשכורת <input type="checkbox"/> מפנסיה <input type="checkbox"/> מקצבת ביטוח לאומי (יש לפרט איזו) _____ מקור אחר (יש לפרט איזה) _____ אבקש לעדכן עבורי השתתפות בגין ביטוח בריאות.
<input type="checkbox"/> אין לי מקור תשלום לביטוח בריאות <input type="checkbox"/> אבקש לבטח אותי בביטוח בריאות ממלכתי, באמצעות התגמול החודשי.
יש לציין סטטוס של בן / בת הזוג : <input type="checkbox"/> עובד/ת <input type="checkbox"/> לא עובד/ת

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](http://www.mishpahot-hantzaha.mod.gov.il)