המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות

תביעה למענק אשפוז – בדיקת רציפות ביטוח

חותמת קבלה	לשימוש פנימי בלבד (סריקה)

מס' זהות / דרכון

סוג המסמך **1** **0**

דפים

אל: המוסד לביטוח לאומי, סניף: _____

מאת: בית חולים _____ מס' פקס _____

היולדת: ❑ יולדת שאינה תושבת ישראל ❑ יולדת תושבת ישראל **מס' טלפון:**

1 פרטי היולדת

שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	ארץ מוצא	מספר זהות/דרכון ס"ב

2 פרטי בן הזוג

שם משפחה	שם פרטי	ארץ מוצא	מספר זהות/דרכון ס"ב

3 פרטים על הלידה העתידית

מספר שבועות ההיריון בעת מילוי הטופס	תאריך לידה משוער (חובה לצרף מסמך רפואי) שנה חודש יום	בית חולים משוער לקיום הלידה*

*שימי לב: אם הלידה תתרחש בבית חולים שונה מזה שצויין בטופס, ייתכן כי בית החולים לא יהיה מעודכן בדבר זכאותך למענק אשפוז.

4 פרטים על הלידה (למילוי ע"י פקיד בית החולים)

תאריך לידה שנה חודש יום	מספר שבועות ההיריון	משקל היילוד	מספר ימי אשפוז במחלקה לטיפול נמרץ ביילודים

תאריך פטירה (אם היילוד נפטר) שנה חודש יום	תאריך לידה משוער שנה חודש יום	חתימת היולדת ✘ _____

תאריך _____ שם החותם _____ חתימה וחותמת ביה"ח ✘ _____

5 המסמכים שיש לצרף לתביעה

עובדת בישראל	אשת עובד בישראל	אשת תושב	תושבת הנשואה לתושב זר
דרכון בתוקף של היולדת	דרכון בתוקף של היולדת	דרכון של בן הזוג או תעודת זהות	תעודת זהות
אישור העסקה של היולדת	אישור המעסיק על תקופת העבודה של בן הזוג	תעודת נישואין	דרכון של בן הזוג
	תעודת נישואין		תעודת נישואין

בדיקת זכאות

6 מצב משפחתי של היולדת (למילוי על ידי פקיד תביעות אימהות בביטוח הלאומי)

❑ נשואה: שם הבעל _____ תאריך נישואין _____

❑ לא נשואה: שם בן הזוג _____

דרכון בתוקף עד ליום _____ תוקף אשרה – מיום _____ ועד יום _____

כתובת היולדת (הרשומה במשרד הפנים)

רחוב/תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד

כתובת בן הזוג (הרשומה במשרד הפנים)

רחוב/תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד

7 פרטים על תעסוקה/עבודה (על פי אישורים בלבד) (למילוי על ידי פקיד תביעות אימהות בביטוח הלאומי)

פרטי היולדת

❑ עובדת שכירה	החל מתאריך שנה חודש יום	עד תאריך שנה חודש יום	שם מעביד אחרון	מס' תיק
❑ עובדת עצמאית	החל מתאריך שנה חודש יום	עד תאריך שנה חודש יום	ד.ב. שולמו בסניף	

❑ אינה עובדת ואינה עובדת עצמאית

❑ מבוטחת לפי סעיף 40(א)(1) ❑ מבוטחת לפי סעיף 40(א)(2) ❑ אינה מבוטחת

פרטי בן הזוג

❑ עובד שכיר	החל מתאריך שנה חודש יום	עד תאריך שנה חודש יום	שם מעביד אחרון	מס' תיק
❑ עובד עצמאי	החל מתאריך שנה חודש יום	עד תאריך שנה חודש יום	ד.ב. שולמו בסניף	

❑ אינו עובד ואינו עובד עצמאי

❑ מבוטח לפי סעיף 40(א)(1) ❑ מבוטח לפי סעיף 40(א)(2) ❑ אינו מבוטח

אל בית החולים: הבקשה בבירור. עם תום בדיקתנו נודיע לכם את החלטתנו.

תאריך _____ שם פקיד התביעות _____ חתימה וחותמת המוסד ✖ _____