המוסד לביטוח לאומי
מינהל הביטוח והגביה
מעסיקים

בקשה להחזר דמי ביטוח
או דמי ביטוח בריאות

חותמת קבלה	לשימוש פנימי בלבד (סריקה)	
		מס' תיק ניכויים
		סוג המסמך 1 0
		דפים

1 פרטי המעסיק

שם המעסיק	מספר תיק ניכויים

כתובת

רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד

טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני
		_____@_____

❑ אני מסרב לקבל הודעות הכוללות מידע אישי בערוצים הדיגיטליים (הודעות טקסט – SMS, דואר אלקטרוני), במקום דואר רגיל.

2 פרטי העובד

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות

3 פרטים על השכר ודמי הביטוח ששולמו

השנה	חודשים ינואר עד דצמבר (אם לא עבד ברציפות, יש לפרט כל חודש בנפרד)	השכר ממנו שילמו דמי ביטוח או דמי ביטוח בריאות בשקלים שלמים	סה"כ דמי ביטוח ו/או דמי ביטוח בריאות שנוכו מהעובד + חלקו של המעביד	סה"כ דמי ביטוח ו/או דמי ביטוח בריאות עפ"י החוק – חלק העובד + חלק המעביד	סה"כ ההפרש
		סה"כ			

4 סיבת הבקשה והצהרה

סיבת הבקשה _____

לבקשה עבור החזר דמי ביטוח לעובד עבור תקופה העולה על שנה שוטפת, יש לצרף טפסי 106 או תלושי שכר.
אם מדובר בשנה שוטפת – יש לצרף תלושי שכר בגינם מתבקש ההחזר.
הריני מצהיר שכל הפרטים שמסרתי לעיל נכונים. נא לזכות את חשבוני במוסדכם בסכום הנ"ל והריני מתחייב לכך שחלקו של העובד יוחזר לו ישירות על ידי.

שם המעסיק _____ תאריך _____ חתימה וחותמת ✗ _____