המוסד לביטוח לאומי
מינהל הביטוח והגבייה
תחום מעבידים

לשימוש פנימי (סריקה)

מס' זהות

סוג דפים המסמך

בקשה להחזר דמי ביטוח ו/או דמי ביטוח בריאות

א. פרטי המעביד

שם המעסיק	מספר תיק ניכויים	מספר טלפון
	9	0

רחוב	מספר בית	יישוב	מיקוד	מספר פקס
				0

ב. פרטים על העובד

שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מספר זהות ס"ב

ג. פרטים על השכר ודמי הביטוח ששולמו

השנה	חדשים ינואר עד דצמבר (אם לא עבד ברציפות יש לפרט כל חודש בנפרד)	השכר שממנו שילמו דמי ביטוח ו/ 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
		סך הכל			

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 את תלושי השכר בגינם מתבקש ההחזר.

הריני מצהיר בזה כי כל הפרטים המצויינים לעיל נכונים; נא לזכות את חשבוני במוסדכם בסכום הנ"ל ומתחייב לכך שחלקו של העובד יוחזר על-ידי ישירות.

תאריך _____ חתימה וחותמת _____

לשימוש המוסד

נבדק ע"י _____ ביום _____ חתימה _____

בל/ 659 (09.2008)