

עמוד 1 מתוך 2

תאריך מתן האישור

שנה	חודש	יום

תאריך קבלת הטופס בקופה

שנה	חודש	יום



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות - ביטוח נפגעי עבודה

בקשה למתן טיפול רפואי לנפגע עבודה

מעסיק נכבד, נא עיין בדברי ההסבר שבנעמוד 2 לפני מתן הטופס לעובד

פרטי המעסיק		שם המעסיק/המפעל/הקיבוץ/המפעל	
מספר תיק נכויים	טלפון קווי	שם המעסיק/המפעל/הקיבוץ/המפעל	
905340931		עיריית תל אביב	
מיקוד	טלפון פקס	מס' בית	רחוב / תא דואר
			כפר משה

לכבוד קופת חולים / בית חולים

נא להגיש עזרה רפואית ל: ☒ עובד ☐ מתנדב ☐ עובד זר

שים לב: הטופס אינו מיועד למילוי ע"י שוטר, סוהר או עובד משרד הביטחון

פרטי התובע		שם משפחה	
מספר זהות / דרכון	מין	שם פרטי	שם משפחה
321436743	זכר ☒ נקבה ☐	אריאל	נריס
כתובת			
מיקוד	יישוב	דירה	מס' בית
			כפר משה
טלפון קווי		טלפון נייד	
0		0503848585	

פרטי התאונה		נפגע בתאריך	
כאשר עבד ב	בשעה	08062005	
סוג העבודה	שנה	יום	
מקום התאונה: ☐ במפעל ☐ ת. דרכים בעבודה ☐ ת. דרכים בדרך לעבודה/מהעבודה ☐ תאונה בדרך ללא רכב ☐ אחר			
כתובת מקום התאונה			
תיאור התאונה			
אני המסוקר (נריס) אלו רשתי כנף אצל אהרן ונחלק בלתי יצי			

ע. מורחבנות
ומסחר כללי בע"מ
ח.מ. 3895573

האיבר שנפגע

שם המאשר _____ תפקידו במפעל _____ חתימה וחותמת המפעל _____

4 למילוי ע"י המוסד הרפואי	
☐ הנפגע חבר בקופת חולים כללית	☐ מאוחדת ☐ מכבי ☐ לאומית
☐ הנפגע אינו חבר בקופת חולים	
☐ מהות התאונה (אבחנות רפואיות)	

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים וגברים כאחד

תל 250 (2010)