

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 שבעמוד 2 לפני מתן הטופס לעובד			

פרטי המעסיק					
שם המעסיק :		מספר תיק ניכויים :		טלפון קווי : 03-5308080	
המרכז הרפואי ע"ש שיבא		941901076			
רחוב :		מיקוד :		פקס : 03-5304879	
תל השומר		5265601			
פרטי התובע					
לכבוד : קופת חולים מאוחדת					
נא להגיש עזרה רפואית ל:		שם משפחה :		שם פרטי:	
עובד		בכרי		מחמוד	
שים לב : הטופס אינו מיועד למילוי ע"י שוטר, סוהר, או עובד משרד הביטחון.					
מין:		תאריך לידה:		מספר ת"ז:	
זכר		28/08/1990		304924665	
כתובת					
רחוב / תא דואר		מס' בית		כניסה	
דירה		ישוב		מיקוד	
בענה		0		2018900	
טלפון קווי		טלפון נייד			
		052-5518411			
נפגע בתאריך 08/03/2026 בשעה 10:00 כאשר עבד ב רנטגן אבחון					
סוג העבודה כ- רנטגנאי/ת / רנטגנאי/ת בכיר/ה					
מקום התאונה : במפעל / ת. דרכים בעבודה / ת. דרכים בדרך לעבודה או מהעבודה / תאונה בדרך ללא רכב / אחר _____					
כתובת מקום התאונה: גריאטריה שיבא					
תיאור התאונה: "לדברי העובד/ת": "ביציאה משירותים נתקע לי הסוודר בידית של הדלת ומשך אותי אחורה נפלתי על הגב והאגן"					
האיבר הנפגע: גב ואגן					

הצהרת המעסיק			
אנו החתומים מטה מאשרים כי הפרטים שמסר העובד ומסרנו אנו נכונים למיטב ידיעתנו. אנו מאשרים כי התובע הועסק על ידנו כעובד בזמן הפגיעה בעבודה.			
תאריך:	שם המאשר:	תפקיד:	חתימה וחותמת:
14 אפריל, 2026	מרכז שירות	משאבי אנוש	המרכז הרפואי המשולב ע"ש ח-שיבא משאבי אנוש-מרכז שירות לעובד 03-5308080