תאריך: dd/mm/yyyy

לכבוד

המוסד לביטוח הלאומי

אגף הביטוח והבריאות

תחום בריאות

גברת תקווה כרמל

שדרות וייצמן 13, ירושלים

9543707

ג.נ.,

**הנדון: החזר דמי ביטוח רפואי**

שמי, שם מלא, ת.ז. 000000000.

מצ"ב פירוט תשלומים על ביטוח פרטי מחברת "הראל" בקופת חולים "שם קופה" על התקופה ששילמתי בטרם קיבלתי תושבות (תקופת המתנה 183 יום).

מתאריך 22/12/2016 עד תאריך 22/06/2017.

|  |  |
| --- | --- |
| שם בנק | שם בנק |
| מספר סניף | XXX |
| מספר חשבון | XX/XXXXXX |
|  |  |
|  |  |
| שם | שם מלא |
| ת.ז. | 0000000000 |
| כתובת | כתובת מלא |
| טל' | 050-0000000 |
| טל' של בעלי  | 050-0000000 |

בכבוד רב ובברכה,

שם מלא

לכבוד

המוסד לביטוח הלאומי

אגף הביטוח והבריאות

תחום בריאות – לידי תקווה כרמל

שדרות וייצמן 13

ירושלים, 9543707

מאת

שם מלא

כתובת

מסמכים:

1. אישור ניהול חשבון או צילום צ'ק (לא חובה אם חשבון בנק תקין בביטוח לאומי)
2. אישור על תשלום ביטוח בריאות פרטי (חובה)
3. אישור המועד לקביעת תושבותך (לא חובה)
4. אישור קביעת תושבות ובקשה לרישום לקופ"ח (לא חובה אבל צריך למלא לפני בביטוח לאומי)
5. לשלוח דואר רשום