

בקשה להחזר תשלומים עבור קופת חולים לאחר הכרה רטרואקטיבית כתושב ישראל

לכבוד המוסד לביטוח לאומי,

date that your retroactive Bituach Leumi coverage began

הוכרתי כתושב ישראל על ידי הביטוח הלאומי החל מיום _____.

בהתאם לכך זכאי לת לקבל החזר עבור התשלומים החודשיים ששילמתי לקופת חולים בתקופה זו.

שם משפחה _____ last name •

שם פרטי _____ first name •

מספר זהות מביטוח הלאומי 77-_____ Bituach Leumi number •

כתובת מלאה _____ complete address •

פרטי חשבון בנק: •

בנק _____ name of bank

סניף _____ name of branch

חשבון _____ account number

מצ"ב המסמכים כדלהלן:

Attach original *kupat cholim* receipts as well as proof of a bank account in your name.

❖ קבלות מקופת חולים

❖ הוכחת חשבון בנק (הרשום על שמי) צ'ק מבוטל/דף חשבון/אישור ניהול חשבון)

Mail the form and attachments to this address.

יש לשלוח טופס זה בצירוף המסמכים הנ"ל לכתובת: שדרות וויצמן 13, ירושלים 91909