



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הביטוח והגביה

סניף _____

לשימוש פנימי בלבד (סריקה)	
מס' זהות	דפים
סוג	
1 3	

בקשה להחזר יתרת זכות

1 פרטי המבוטח

1

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות ס"ב

2 כתובת

2

מיקוד	יישוב	דירה	כניסה	מס' בית	רחוב / תא דואר
דואר אלקטרוני		טלפון נייד		טלפון קווי	
		0		0	
<input type="checkbox"/> אני מאשר קבלת הודעות SMS					

3 פרטי חשבון הבנק

3

כל תשלום שיגיע לי מהמוסד לביטוח לאומי בגין בקשה זו, אבקש להעבירו לחשבוני שפרטיו רשומים מטה:			
שם הבנק	שם הסניף / כתובתו	מס' סניף	מספר חשבון

_____ חתימה

_____ תאריך