



מרחב _____
 ד.צ. _____
 תאריך. _____

בקשה לסיוע רפואי

שם משפחה	שם פרטי	מס. תעודת זהות	שנת לידה	מצב משפחתי	ת. תחילת עבודה	מספר טל' נייד
----------	---------	----------------	----------	------------	----------------	---------------

סיבות הפנייה

הבקשה הינה לטובת - העובד / אשת העובד / בן, בת העובד

כתב ויתור על סודיות רפואית - בחתימתי הנני מוותר כלפי ארגון עובדי צה"ל על פרטיות וסודיות הרפואית

ביחס לבקשה. אני מצרף מסמכים רפואיים מטעמי. חתימת העובד/ת

מס	פריט מכשיר רפואי/ טיפול/תרופה	סכום הקבלה	סכום השתתפות קופ"ח כולל מושלם	סכום השתתפות ביטוח רפואי פרטי	סכום הנדרש לסיוע	הערות	
							1
סה"כ							

המלצה וחתימת וועד העובדים (משפחה ופרטי) _____ נייד ליצירת קשר _____

המלצה וחתימת מזכיר אזורי _____

לוטה מסמכים:

1. חוות דעת רפואית הכוללת המלצה לביצוע טיפול / מכשיר רפואי / תרופה.
2. קבלות מקוריות עבור הוצאות רפואיות.
3. אישור קופ"ח על השתתפות / אי השתתפות.

החלטת ועדת קרן סיוע רפואי

לאשר סיוע רפואי בסך _____ ₪ תאריך: _____, הערות _____

בקשה חריגה _____

הוחלט לדחות הבקשה מסיבות: _____

חתימות חברי הוועדה: - _____ 1. יו"ר הוועדה: - _____

2. _____ 3. _____ 4. _____ 5. _____ 6. _____