



תביעה לתשלום גמלה לשמירת היריון

(יציאה ושהייה בחו"ל בזמן שמירת היריון שוללת את הזכאות לגמלה)

חובה לצרף לטופס זה

- ↪ אישור רפואי, שימולא ע"י רופא מומחה למחלות נשים ולידה בלבד. יש לצרף כרטיס מעקב היריון רפואי וכן תיעוד רפואי על הצורך בשמירה.
- ↪ אם משולמת לך קצבת נכות מאותן סיבות בגינן מוגשת התביעה לשמירת היריון, עלייך להמציא מכתב מהרופא המטפל המפרט כיצד השפיע ההיריון על מצבך.
- ↪ על המעסיק למלא את החלק בטופס המתייחס לאופי ולמהות העבודה. (עמוד 5)
- ↪ עובדת עצמאית תפרט ותמלא את הנדרש.

לידיעתך

- ↪ תשלום הגמלה מותנה באישור רופא מטעם הביטוח הלאומי, אשר רשאי לדרוש פרטים רפואיים נוספים – ככל שיידרשו.
- ↪ כל תקופה נוספת של שמירת היריון מחייבת הגשת אישור רפואי בלבד על גבי טופס ל/331 וכן תיעוד רפואי חדש, ואין צורך בהגשת טופס תביעה זה.
- ↪ עפ"י חוק: לא תשולם גמלת שמירת היריון בתקופה בעדה משולמים ימי מחלה.
- ↪ לא תשולם גמלת שמירת היריון אם קיימת זכאות מכוח חיקוק אחר – חובה למלא את סעיף 3 (5) בעמ' 2.
- ↪ לא תשולם הגמלה לתקופה העולה על 12 חודשים למפרע (לאחור) מיום הגשתה.
- ↪ אם תאושר לך גמלה לשמירת היריון עד למועד הלידה, ונקבל מידע מבית החולים על הלידה, נשלם לך דמי לידה לחשבון הבנק אותו רשמתי בטופס זה, ללא צורך בהגשת תביעה לדמי לידה.
- ↪ אם את בעלת שליטה או קרובת משפחה לבעל שליטה או לבעל מניות בחברה, חובה למלא את סעיף ההצהרה בסוף עמוד 4.

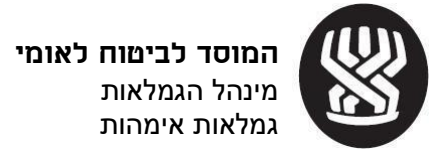
כיצד יש להגיש את התביעה

- ↪ את התביעה בצירוף המסמכים הנוספים ניתן:
 - למלא באופן מקוון באתר הביטוח הלאומי www.btl.gov.il, ולשלוח אונליין עם המסמכים הנוספים לסניף המטפל.
 - למלא באופן ידני, לסרוק אותה יחד עם המסמכים הנוספים, ולשלוח באמצעות אתר האינטרנט/שליחת מסמכים.
 - לשלוח בדואר או בפקס או להניח בתיבת השירות של הסניף לפי מקום המגורים.
- ↪ לשאלות וביירוים ניתן להתקשר למוקד *6050 או 04-8812345, או לפנות באמצעות אתר האינטרנט www.btl.gov.il.

חובה לחתום על טופס התביעה

| | |
|---|---------------------------|
| <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> מס' זהות / דרכון </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> סוג המסמך </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 0 1 </div> </div> | לשימוש פנימי בלבד (סריקה) |
|---|---------------------------|

חותמת קבלה



תביעה לתשלום גמלה לשמירת היריון

1

פרטי התובעת

| | | | |
|--|-------------------|--|---|
| שם משפחה _____ | שם פרטי _____ | תאריך לידה שנה _____ חודש _____ יום _____ | מספר זהות ס"ב _____ |
| שם משפחה לפני הנישואין _____ | ארץ לידה _____ | מס' שנות לימוד _____ | מצב משפחתי <input type="checkbox"/> רווקה <input type="checkbox"/> נשואה <input type="checkbox"/> גרושה <input type="checkbox"/> אלמנה <input type="checkbox"/> ידועה ציבור |
| שם הרופא המטפל _____ האם קיבלת בעבר גמלת שמירת היריון <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> | | | |
| משלח יד – נא צייני בקצרה מהו תפקידך במקום העבודה (חובה למלא) _____ | | | |
| לידיעתך, לצורך הטיפול בתביעה אנו נפנה למעסיקיך, לפי הצורך, לקבלת נתוני הכנסותיך משכר. אם את מתנגדת לכך עלייך לסמן את ההצהרה הבאה: <input type="checkbox"/> אני מסרבת שהביטוח הלאומי יפנה למעסיקים שלי לקבלת דיווח באופן דיגיטלי (ממוחשב) של הכנסותיי. ידוע לי כי בשל סירובי אצטרך להגיש לביטוח לאומי בעצמי אישורים ותלושי שכר לצורך בירור זכאותי. | | | |

כתובת (הרשומה במשרד הפנים) ופרטי התקשרות

| | | | | | |
|--|------|--------------------|---------------------|---------------------|---------------------|
| מיקוד | ישוב | דירה | כניסה | מס' בית | רחוב / תא דואר |
| דואר אלקטרוני: _____ @ _____ | | | טלפון נייד _____ | | טלפון קווי _____ |
| אם הטלפון הנייד או הדואר האלקטרוני אינם שלך – אנא השלימי את הפרטים הבאים: | | | | | |
| שם משפחה של איש קשר | | שם פרטי של איש קשר | | מס' זהות של איש קשר | |

אני מסרבת לקבל הודעות הכוללות מידע אישי בערוצים הדיגיטליים (הודעות טקסט (SMS), דואר אלקטרוני), במקום דואר רגיל. לידיעתך, אם לא סימנת "אני מסרבת", הודעות בנושאי הביטוח הלאומי יישלחו בערוצים הדיגיטליים, לפי המידע שמסרת.

מען למכתבים (אם שונה מהכתובת המפורטת למעלה)

| | | | | | |
|-------|------|------|-------|---------|----------------|
| מיקוד | ישוב | דירה | כניסה | מס' בית | רחוב / תא דואר |
|-------|------|------|-------|---------|----------------|

2

אם לא עבדת ברציפות בשנה האחרונה, אנא מלאי חלק זה לגבי השנתיים האחרונות

נא צרפי אישורים מתאימים

1. שם מעסיק קודם _____ עבודה מתאריך _____ עד _____
2. עבודה כעצמאית מתאריך _____ עד _____
3. קיבלתי מהמוסד לביטוח לאומי גמלה מסוג: דמי לידה / גמלת הורים למאמצת דמי אבטלה גמלה לשמירת היריון דמי פגיעה דמי תאונה נכות
4. שירתי בצה"ל מתאריך _____ עד _____ . מס' אישי _____ סדיר קבע
5. קיבלתי מקרן חופשה / קופת גמל – דמי חופשה / מחלה לתקופה מ- _____ עד _____
6. שהיתי בהכשרה מקצועית מ- _____ עד _____ בקורס _____ מקום ההכשרה _____
7. שהיתי בחופשה ללא תשלום בתקופה מ- _____ עד _____

3

פרטים משלימים

1. הפסקתי לעבוד/לעסוק במשלח יד בשל היריון בתאריך _____

2. האם יש קשר משפחתי בינך לבין מעסיקך? לא כן, סוג הקרבה: _____

3. אם את עובדת אצל מעסיקים נוספים במקביל, אנא צייני את שמות המעסיקים, מועד הפסקת העבודה ואם קיימת קרבה משפחתית

| שם המעסיק | תפקידך במקום העבודה | מועד הפסקת עבודה | קרבה משפחתית |
|-----------|---------------------|------------------|---|
| _____ | _____ | _____ | <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, סוג הקרבה: _____ |
| _____ | _____ | _____ | <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, סוג הקרבה: _____ |

4. אני מקבלת תשלום בגין שמירת היריון מהמעביד תקופת התשלום: מיום _____ עד יום _____

5. זכאית לתשלום בגין שמירת היריון – **חובה למלא סעיף זה (ראי פירוט בדברי ההסבר)**

מקופת הגמל מקרן ביטוח מקרן פנסיה ממקור אחר _____

תקופת התשלום: מיום _____ עד יום _____

6. איני זכאית לתשלום בגין שמירת היריון ממקור אחר

4

פרטי חשבון הבנק של התובעת

| סוג חשבון | | שמות השותפים לחשבון | |
|---|----------|---------------------|---------|
| <input type="checkbox"/> פרטי <input type="checkbox"/> קיבוצי | | | |
| מספר חשבון | מס' סניף | שם הסניף / כתובתו | שם הבנק |
| _____ | _____ | _____ | _____ |

אני מתחייבת להודיע למוסד לביטוח לאומי על כל שינוי של זהות השותפים בחשבון הבנק או מיופי כוח בחשבון, ולוודא להחתימים על טופס עדכון חשבון. אני מסכימה שהבנק ימסור מעת לעת למוסד לביטוח לאומי לפי בקשתו את פרטיהם של השותפים בחשבון ומיופי הכוח, במהלך תקופת הזכאות ולאחריה. אני מסכימה שהבנק הנ"ל יחזיר למוסד לביטוח לאומי לפי דרישתו סכומים מתוך חשבוני, אם המוסד יפקיד לחשבון תשלום אשר כולו או חלקו שולם בטעות או שלא כדין, וכן שהבנק ימסור למוסד את פרטיהם של מושכי התשלומים.

אני מסכימה כי המוסד יפנה לבנק הנ"ל, באמצעות תקשורת ממחושבת, לצורך **אימות בעלותי בחשבון הבנק** כפי שהצהרתי לעיל ושהבנק הנ"ל ו/או עובד מטעמו ימסור למוסד את המידע הנחוץ לו לאימות פרטי חשבון הבנק שמסרתי לעיל. **לחלופין, ידוע לי כי המוסד רשאי לדרוש מסמכים ואישורים נוספים לצורך ביצוע אימות פרטי חשבון הבנק שמסרתי לעיל וכי יהא עליי להמציאם לפי דרישה.**

תאריך _____ שם השותף/ים _____ מס' ת"ז _____ חתימה **x** _____

5

פטור ממס ונקודות זיכוי

אם יש לך פטור מלא או חלקי ממס הכנסה – נא צרפי אישור מתאים ממס הכנסה.

6

הצהרה

אני החתומה מטה מצהירה בזאת כי כל הפרטים שמסרתי בתביעה ובנספחיה הם נכונים ומלאים. ידוע לי שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים היא עבירה על החוק, וכי אדם אשר גורם במרמה או בידועין למתן קצבה לפי חוק זה או להגדלתה, על ידי העלמת פרטים שיש להם חשיבות לעניין, דינו קנס כספי או מאסר. ידוע לי כי כל שינוי באחד הפרטים שמסרתי בתביעה זו ובנספחיה, יש בו כדי להשפיע על זכאותי לגמלה או על יצירת חוב, ועל כן אני מתחייב להודיע על כל שינוי בתוך 30 יום.

ידוע לי כי אם יחולו שינויים בפרטי ההתקשרות, עליי להודיע על כך למוסד לביטוח לאומי. במקרה שלא יעודכנו פרטי ההתקשרות, המידע יישלח באמצעות הערוצים אותם ציינתי על גבי טופס זה.

תאריך _____ חתימת התובעת **x** _____

אישור המעסיק על העסקת עובדת – למילוי רק לאחר הפסקת העבודה

1

| פרטי המעסיק | | | |
|-------------------------------|------------------|------------|-------|
| שם המעסיק/המפעל/הקיבוץ/המעביד | מספר תיק ניכויים | טלפון קווי | |
| רחוב / תא דואר | מס' בית | יישוב | מיקוד |
| | | | פקס |

2

| הננו לאשר בזה שגברת – חובה למלא את כל השדות | | | |
|---|---------|-------------|------------------|
| שם משפחה | שם פרטי | עיסוק/תפקיד | מספר זהות ס"ב |
| <p>1. החלה לעבוד אצלי בתאריך _____ ועבדה עד תאריך _____ כולל.</p> <p>2. שכרה שולם <input type="checkbox"/> בבנק <input type="checkbox"/> בהמחאה <input type="checkbox"/> במזומן <input type="checkbox"/> אחר _____</p> <p>3. האם יש קרבה משפחתית בינך לבין העובדת? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, סוג הקרבה _____</p> <p>4. הסיבה להפסקת עבודה _____</p> | | | |
| תנאי העבודה והשכר: | | | |
| <p>1. בשנתיים שקדמו להפסקת העבודה, העובדת עבדה: <input type="checkbox"/> ברציפות <input type="checkbox"/> שלא ברציפות. פרט: _____ <input type="checkbox"/> חופשה ללא תשלום מיום _____ עד יום _____ <input type="checkbox"/> שנת שבתון/השתלמות מיום _____ עד יום _____ <input type="checkbox"/> אחר (פרט): _____ מיום _____ עד יום _____</p> <p>2. מס' ימי עבודה בשבוע: _____</p> | | | |

3

| פרטים על העבודה והשכר | | | | | | | | |
|--|----------|----------------|-----------------------|-----------------------------------|------------|-----------------------------------|---|------------------------------|
| פרט שכרה של העובדת (בש"ח) ב-10 חודשים שקדמו להפסקת עבודתה (אף אם אינם רצופים). יש לרשום את הסכומים כולל הפרשים ותשלומים, בנוסף לשכר הרגיל (כגון הבראה, ביגוד, מענק חד-פעמי וכו') | | | | | | | | |
| מס' | שנה/חודש | השכר החייב במס | השכר החייב בדמי ביטוח | דמי ביטוח ודמי ביטוח בריאות שנוכו | אחוז המשרה | בסיס השכר (חודשי, יומי, שכר לשעה) | מספר ימי עבודה בעבורם שולם שכר (כולל ימי חג, חופשה, מחלה) | היעדרויות בעבורן לא שולם שכר |
| מס' | חודש | במס | | | | שכר | מס' ימים | סיבה |
| 1 | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | |

4

פירוט תשלומים חד-פעמיים והפרשים שנכללו בשכר

בטור "מהות התשלום", לגבי תשלומים חד-פעמיים – יש לרשום את סוג התשלום, כגון: דמי הבראה, ביגוד, מענק חד-פעמי, משכורת י"ג, בונוס תקופתי וכד'.
לגבי "הפרשי שכר" (כולל שעות נוספות ופרמיות) – יש לרשום "הפרשים" ולשייך אותם לחודשים שבעדם הם שולמו.

| בעבור תקופה | | שולם סכום בש"ח | בחודש | מהות התשלום |
|-------------|--------|----------------|-------|-------------|
| עד תאריך | מתאריך | | | |
| | | | | |
| | | | | |

5

פרטים משלימים – התביעה לא תידון ללא מילוי סעיף זה

א. האם שולמו דמי מחלה עבור שמירת היריון? לא כן, עבור התקופה מ- _____ עד _____
 ב. אם סיבת השמירה היא סביבת עבודה מסכנת, יש לצרף מכתב מפורט מהמעסיק וכן אישור שלא נמצאה עבודה חלופית.
 ידועה לי הסיבה לשמירה והריני מצהיר בזאת כי לא נמצאה לה עבודה חלופית.

6

הצהרת המעסיק

אני מצהיר בזאת שמסרתי את כל הפרטים הקשורים בעבודתה של העובדת כנדרש בחלק זה.

תאריך _____ חתימת החותם ותפקידו חתימה וחותמת המעסיק/המפעל

7

אישור מזכירות הקיבוץ או המושב השיתופי

הנני מאשר שגב' _____ חברת קיבוץ/מושב שיתופי _____
 שם משפחה פרטי ת"ז

| הנ"ל מבוטחת החל מתאריך | שנה | חודש | יום | סוג הביטוח | אחוזי ביטוח |
|------------------------|-----|------|-----|------------|-------------|
| | | | | | |

מס' תיק בביטוח לאומי _____ תאריך הפסקת עבודה _____
 תאריך _____ חתימת החותם ותפקידו חתימה וחותמת

8

הצהרה למילוי ע"י בעל שליטה או קרוב משפחה או בעל מניות בחברה בלבד

מהו תפקידך בעבודה במועד הזכאות? (פירוט העבודה שביצעת בפועל) _____
 היכן בוצעה עבודתך בפועל? (יש לציין כתובת) _____
 מהו היקף עבודתך? (יש לפרט ימים ושעות) _____
 פרטי העובדת שהחליפה אותי במהלך תקופת לידה והורות: שם _____ ת"ז _____
 הריני מצהיר כי הנתונים שלהלן נכונים.
 תאריך _____ שם פרטי ומשפחה _____ חתימה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
דמי לידה



גמלה לשמירת היריון – פירוט והסבר המעסיק על מהות ואופי העבודה

| פרטי העובדת | | | |
|-------------|---------|------------------|---------------------------|
| שם משפחה | שם פרטי | מספר זהות ס"ב | תאריך יציאה לשמירת היריון |
| | | | |

פירוט אופי ומהות עבודתה של העובדת שהפסיקה לעבוד בשל שמירת היריון

פירוט שעות העבודה וימי עבודה בשבוע

הצהרה

ידוע לי כי סיבת שמירת ההיריון היא בשל סביבת העבודה ולא נמצאה לעובדת עבודה חלופית.
אני מצהיר בזאת כי הנתונים שמסרתי נכונים ומדויקים.

חתימה וחומת המעסיק ✕ _____ תאריך _____



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
דמי לידה

כתב ויתור סודיות רפואית

שם הגמלה: שמירת היריון

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|------------------|-----------|--|------|--|--|--|--|--|--|---|---|-----------|--|------|--|--|--|--|--|---------------------------|
| <table border="1"> <tr> <td colspan="10">מס' זהות / דרכון</td> </tr> <tr> <td>7</td> <td>8</td> <td colspan="2">סוג המסמך</td> <td colspan="2">דפים</td> <td colspan="4"></td> </tr> </table> | מס' זהות / דרכון | | | | | | | | | | 7 | 8 | סוג המסמך | | דפים | | | | | | לשימוש פנימי בלבד (סריקה) |
| מס' זהות / דרכון | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | 8 | סוג המסמך | | דפים | | | | | | | | | | | | | | | | | |

חותמת קבלה

| פרטים אישיים | | | |
|---|-----------|--------------|---------|
| קוד גמלה | מספר זהות | תאריך תביעה | שם פרטי |
| 54 | | שנה חודש יום | |
| שם משפחה | | שם פרטי | |
| חברה בקופת חולים | | | |
| <input type="checkbox"/> כללית <input type="checkbox"/> מאוחדת <input type="checkbox"/> מכבי <input type="checkbox"/> לאומית <input type="checkbox"/> אחר _____ | | | |

הצהרה

הח"מ, שפרטיי האישיים מופיעים בטופס זה, מוותרת על הסודיות הרפואית ומבקשת בזה למסור למוסד לביטוח לאומי או לבא כוחו, כל מידע בקשר למחלתי, מצבי הרפואי, הטיפול שניתן לי, תוצאותיו, מידע על סידור במסגרת חוץ ביתית או כל מידע אחר שיידרש על ידם או כל מסמך רפואי או שיקומי או פסיכיאטרי אודותיי.

תאריך _____ חתימת המבוטחת ✕ _____



חלק זה מיועד לרופא המטפל

אל: הרופא המטפל

הנדון: גמלה לשמירת היריון

על פי חוק המוסד לביטוח לאומי, מבוטחת (עובדת שכירה או עובדת עצמאית) זכאית, בתנאים מסוימים, לקבלת גמלה לשמירת היריון.

"שמירת היריון" מוגדרת כהיעדרות מעבודה בתקופת היריון, המתחייבת בשל:

1. מצב רפואי הנובע מההיריון והמסכן את האישה או את עוברה.

2. סכנה הנובעת ממקום העבודה או סוג העבודה.

הכול בהתאם לאישור רפואי בכתב.

המוסד לביטוח לאומי אינו מתיימר לבקר החלטות מקצועיות של רופאי נשים. עם זאת, יש להבהיר למטופלת כי החלטת הרופא לפסוק הפסקת עבודה אינה מזכה אוטומטית בגמלה לשמירת היריון.

הפסקת עבודה יכולה להינתן גם במסגרת ימי מחלה או הגבלה במקום העבודה. רופא מטעם המוסד לביטוח לאומי יבחן את הבקשה ויחליט אם קיימת התוויה לגמלה.

לא כל מנוחה והפסקת עבודה מזכה בגמלה, רק מצבים הנובעים ישירות מההיריון ומסכנים את האישה יידונו במסגרת זו.

אני מבקש להדגיש כי כל בקשה לגמלה ובמיוחד בגמלאות ארוכות מחייבת תיעוד רפואי לצורך גיבוי.

בכל בקשה נא להתייחס ולנמק מדוע המצב מסכן את האישה או עוברה ולגבות זאת בתיעוד פרוספקטיבי ורלוונטי לבקשה.

להלן פירוט התיעוד הרפואי (מסמכים רפואיים), הנדרש לפי סיבת שמירת היריון:

1. הקאות יתר – תיעוד למתן נוזלים, ביקור במיון או במרפאה.
2. דימום – תיעוד לביקור בחדר מיון או במרפאה לסיבוכי היריון או תיעוד של רופא על דימום.
3. כאבי גב, סימפיזיוליזיס או בעיות אורתופדיות – חוות דעת מקצועית של רופא אורתופד.
4. כאבי ראש – חוות דעת מקצועית של רופא נירולוג.
5. בעיה נפשית – חוות דעת של רופא פסיכיאטר.
6. בעיה לבבית – חוות דעת של רופא קרדיולוג.
7. סביבת עבודה מסכנת: חוות דעת של רופא תעסוקתי.

התיעוד חייב להיות רלוונטי לתקופת שמירת היריון. תיעוד חלקי יאפשר מתן גמלה לתקופת התיעוד בלבד.

בסיבות שאינן מילדותיות, אין הרופא היועץ רשאי להמליץ על גמלה – אלא לציין את המגבלות, ורופא מומחה נשים הוא שימליץ על השמירה בכפוף לחוות הדעת.

בברכה,

מומחה גינקולוג – יועץ רפואי

| | |
|--|----------------------------------|
| <p>מס' זהות / דרכון</p> <p>סוג המסמך</p> <p>דפים</p> | <p>לשימוש פנימי בלבד (סריקה)</p> |
|--|----------------------------------|

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות



אישור רפואי לעניין גמלה
לשמירת היריון

אישור הרופא המטפל אינו קובע זכאות לגמלה לשמירת היריון, אלא אם רופא המוסד חווה דעתו ואישר בכתב את הוראת הרופא המטפל.

1 פרטי התובעת

| | | |
|-------------------------|---------|------------------|
| שם משפחה | שם פרטי | מספר זהות ב"ס |
| הגב' נמצאת בטיפול מיום: | | |
| שנה | חודש | יום |

2 הריונות קודמים

היסטוריה מילדותית קצרה:

3 היריון נוכחי – יש לצרף תיעוד רפואי רלוונטי

| | | |
|---|-------------------|----------------|
| תאריך לידה משוער | תאריך מחזור אחרון | |
| שנה חודש יום | שנה חודש יום | |
| א. בעיות רפואיות כלליות: | | |
| _____ | | |
| ב. הסיבות לשמירת ההיריון: | | |
| _____ | | |
| ג. בדיקות עזר רלוונטיות שנערכו לנבדקת: | | |
| תאריך | בדיקה | 1 |
| שנה חודש יום | | |
| תאריך | בדיקה | 2 |
| שנה חודש יום | | |
| ד. נבדקה על ידי לקביעת הצורך בשמירת היריון בתאריכים המפורטים להלן: | | |
| 1. _____ | 2. _____ | 3. _____ |
| ה. אושפזה בשל שמירת היריון בתקופות המפורטות להלן – חובה לצרף מסמכי אשפוז: | | |
| 1 | מתאריך _____ | עד תאריך _____ |
| 2 | מתאריך _____ | עד תאריך _____ |

בהתאם לעמדתתי המקצועית, הריני מאשר בזאת כי בשל מצבה של הנבדקת:

הנובע מן ההיריון והמסכן אותה או את עובריה

הנובע ממקום העבודה או סוג העבודה והמהווה סכנה לה או לעובריה

עליה להפסיק את עבודתה ולהיות בשמירת היריון מתאריך: _____ עד: _____
 אישור זה ניתן למוסד לביטוח לאומי לעניין תשלום גמלה לשמירת היריון.
 תאריך סיום היריון אם חל לפני תאריך לידה משוער: _____

אישור זה ניתן לאחר שקראתי את ההנחיות בעמ' 7 והנני מצהיר בזאת שאין מדובר בחופשת מחלה רגילה.

שם הרופא למחלות נשים ולידה: _____ מס' רישיון: _____
 כתובת המרפאה: _____ טלפון: _____

פרטי הרופא המאשר לצורך התקשרות:

שם _____ כתובת _____
 טלפון _____

תאריך _____ חתימה וחותמת * _____

רופא נשים נכבד, אנא קרא בעיון מכתב נלווה לטופס זה לפני מילוי הטופס.