



## 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 בגין 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 תשלום גמלת שמירת היריון בתקופה בעדה משולמים ימי מחלה.
- ✎ לא תשלום גמלת שמירת היריון אם קיימת זכאות מכוח חיקוק אחר – חובה למלא את סעיף 3 (5) בעמ' 2.
- ✎ לא תשלום 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 רשמית 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](http://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](http://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;"> <span>מס' זהות / דרכון</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>סוג המסמך</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>0   1</span> </div> </div> | לשימוש פנימי בלבד (סריקה) |
|---|---------------------------|

### חותמת קבלה

**המוסד לביטוח לאומי**  
מינהל הגמלאות  
גמלאות אימהות

**תביעה לתשלום גמלה  
לשמירת היריון**

1

**פרטי התובעת**

|                        |                |   |  |
|------------------------|----------------|---|--|
| שם משפחה               | שם פרטי        | תאריך לידה<br>שנה חודש יום  | מספר זהות<br>ס"ב   |
| שם משפחה לפני הנישואין | מס' שנות לימוד | <input type="checkbox"/> שכירה<br><input type="checkbox"/> חברת קיבוץ<br><input type="checkbox"/> עצמאית, משלמת דמי ביטוח בסניף _____ | מצב משפחתי<br><input type="checkbox"/> רווקה<br><input type="checkbox"/> נשואה<br><input type="checkbox"/> גרושה<br><input type="checkbox"/> אלמנה<br><input type="checkbox"/> ידועה ציבור |

שם הרופא המטפל \_\_\_\_\_ האם קיבלת בעבר גמלת שמירת היריון  לא  כן  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:  
 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 |
| טלפון קווי                   |      |      | טלפון נייד |         |                |
| דואר אלקטרוני: _____ @ _____ |      |      |            |         |                |

**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

**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 במהלך 4 השנים האחרונות.  שהיתי בהכשרה מקצועית בקורס \_\_\_\_\_ מתאריך \_\_\_\_\_ עד \_\_\_\_\_
7. מקום ההכשרה \_\_\_\_\_ **אנא צרפי אישור ממוסד הלימודים**  שהיתי בהכשרה מקצועית בלימודי סיעוד לאחיות מוסמכות מתאריך \_\_\_\_\_ עד \_\_\_\_\_ **אנא צרפי אישור ממוסד הלימודים** מקום ביצוע ההכשרה \_\_\_\_\_  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 |                   | _____               |            |
| שם הבנק   | שם הסניף / כתובתו | מס' סניף            | מספר חשבון |
| _____   | _____             | _____               | _____      |

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 מושגי 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                | יישוב            | פקס        |
| מס' בית                       | מיקוד            |            |

**2**

**הננו לאשר בזה שגברת – חובה למלא את כל השדות**

|          |         |             |                  |
|----------|---------|-------------|------------------|
| שם משפחה | שם פרטי | עיסוק/תפקיד | מספר זהות<br>ס"ב |
|----------|---------|-------------|------------------|

1. החלה לעבוד אצלי בתאריך \_\_\_\_\_ ועבדה עד תאריך \_\_\_\_\_ כולל.
2. שכרה שולם  בבנק  בהמחאה  במזומן  אחר \_\_\_\_\_
3. האם יש קרבה משפחתית בינך לבין העובדת?  לא  כן, סוג הקרבה \_\_\_\_\_
4. הסיבה להפסקת עבודה \_\_\_\_\_

**תנאי העבודה והשכר:**

1. בשנתיים שקדמו להפסקת העבודה, העובדת עבדה:  ברציפות  שלא ברציפות. פרט:
  - חופשה ללא תשלום מיום \_\_\_\_\_ עד יום \_\_\_\_\_
  - שנת שבתון/השתלמות מיום \_\_\_\_\_ עד יום \_\_\_\_\_
  - אחר (פרט): \_\_\_\_\_ מיום \_\_\_\_\_ עד יום \_\_\_\_\_
2. מס' ימי עבודה בשבוע: \_\_\_\_\_

**3**

**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 על אופי עבודתה.  ידועה לי הסיבה לשמירה והריני מצהיר בזאת כי לא נמצאה לה עבודה חלופית.

**4**

**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' חודש 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 |      | היעדרויות בעבורן לא שולם שכר |
|--------------------|----------------|-----------------------|-----------------------------------|------------|-----------------------------------|--------------------------------|------|------------------------------|
|                    |                |                       |                                   |            |                                   | מס' ימים                       | סיבה |                              |
| 1                  |                |                       |                                   |            |                                   |                                |      |                              |
| 2                  |                |                       |                                   |            |                                   |                                |      |                              |
| 3                  |                |                       |                                   |            |                                   |                                |      |                              |
| 4                  |                |                       |                                   |            |                                   |                                |      |                              |
| 5                  |                |                       |                                   |            |                                   |                                |      |                              |
| 6                  |                |                       |                                   |            |                                   |                                |      |                              |
| 7                  |                |                       |                                   |            |                                   |                                |      |                              |
| 8                  |                |                       |                                   |            |                                   |                                |      |                              |
| 9                  |                |                       |                                   |            |                                   |                                |      |                              |
| 10                 |                |                       |                                   |            |                                   |                                |      |                              |

**5**

**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.

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

**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 _____        | שנה _____ חודש _____ יום _____ |                   |

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת החותם ותפקידו \_\_\_\_\_ חתימה וחותמת ✕ \_\_\_\_\_

## 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.

**נא צרפי 10 תלושי שכר אחרונים, הוכחות על ביצוע העבודה ודפי עו"ש מהבנק ל- 6 החודשים האחרונים.  
בנוסף, אם את עובדת אצל מעסיק עם קרבה משפחתית, נא מלאי את טופס בל/674. אם את בעלת שליטה, נא  
מלאי את טופס בל/6106.**

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<br>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 \_\_\_\_\_

|  |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |           |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |                           |
|--|--|------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-----------|--|------|--|--|--|--|--|--|--|--|---------------------------|
| <table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> <tr> <td colspan="11">מס' זהות / דרכון</td> </tr> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> <tr> <td colspan="2">סוג המסמך</td> <td colspan="2">דפים</td> <td colspan="7"> </td> </tr> </table> |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  | מס' זהות / דרכון |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | סוג המסמך |  | דפים |  |  |  |  |  |  |  |  | לשימוש פנימי בלבד (סריקה) |
|  |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |           |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |                           |
| מס' זהות / דרכון   |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |           |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |                           |
|  |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |           |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |                           |
| סוג המסמך  |  | דפים |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |           |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |                           |

### חותמת קבלה

**המוסד לביטוח לאומי**  
מינהל הגמלאות  
דמי לידה



**כתב ויתור סודיות רפואית**

**שם הגמלה: שמירת היריון**

**פרטים אישיים**

|   |  |          |      |     |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                       |
|---|--|----------|------|-----|--|--|--|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-----------------------|
|   | תאריך תביעה<br><table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>שנה</td><td>חודש</td><td>יום</td> </tr> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table> | שנה      | חודש | יום |  |  |  | מספר זהות<br><table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table> |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | קוד גמלה<br><b>54</b> |
| שנה   | חודש   | יום      |      |     |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                       |
|   |  |          |      |     |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                       |
|   |  |          |      |     |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                       |
| שם פרטי   |  | שם משפחה |      |     |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                       |
| חברה בקופת חולים<br><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 עובריה.

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 עובריה 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, סימפיזיולזיס 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>0   5</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<br>י"ב |
| 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 _____ |

## אישור

4

בהתאם לעמדתך 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.