



שם המעסיק _____

מס' תיק נכויים _____

תאריך _____

תעודת זהות	שם פרטי	שם משפחה	סה"כ שכר
	סה"כ שכר X שיעור דמי ביטוח מופחת 0.41% (עד לסכום הכנסה 4,598 ₪). סה"כ שכר X שיעור דמי ביטוח מלא. 0.59% (החל מ-4,599 ₪ ש"ח ועד לסכום ההכנסה של 7,500 ₪). סה"כ לתשלום		

חתימה וחותמת המעסיק