



תאריך קבלת הטופס בקופה

תאריך מתן האישור

טופס למתן טיפול רפואי לנפגע עבודה (בל/ 250)
מעסיק נכבד, נא עיין בדברי ההסבר שמעבר לך לפני מתן הטופס לעובד.

שם המעסיק / שם המפעל / הקיבוץ / המעביד	מספר תיק במוסד	מספר טלפון
רחוב	מספר בית	יישוב
מיקוד	מספר פקס	

לכבוד

קופת חולים / בית חולים _____

נא להגיש עזרה רפואית לעובד / למתנדב (נא מחק את המיותר):

שם משפחה	שם פרטי	מין <input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה	מספר זהות <input type="checkbox"/> מס' ס"ב <input type="checkbox"/> דרכון
----------	---------	--	---

רחוב	מספר בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד
מספר טלפון	מספר טלפון נייד	מס' תא דואר	דואר נע		

שנפגע בתאריך _____ בשעה _____ כאשר עבד ב _____ סוג העבודה _____

מקום התאונה: במפעל ת. דרכים בעבודה ת. דרכים בדרך לעבודה תאונה בדרך ללא רכב אחר

כתובת מקום התאונה: _____

תאור התאונה: _____

האבר שנפגע _____

הנפגע חבר בקופת חולים _____ שם קופת חולים _____

עובד זר

שם המאשר _____ תפקידו במפעל _____ חתימה וחותמת המפעל _____