

בקשה להחזר דמי ביטוח או דמי ביטוח בריאות בל/659

1. פרטי המעסיק

- שם המעסיק
- מספר תיק ניכויים
- כתובת
- רחוב/תא דואר
- מספר בית
- כניסה
- דירה
- יישוב
- מיקוד
- טלפון קווי
- טלפון נייד
- דואר אלקטרוני

2. פרטי העובד

- שם משפחה
- שם פרטי
- מספר זהות

3. פרטים על השכר ודמי הביטוח ששולמו

- השנה
- חודשים ינואר עד דצמבר (אם לא עבד ברציפות, יש לפרט כל חודש בנפרד)
- השכר ממנו שילמו דמי ביטוח או דמי ביטוח בריאות בשקלים שלמים
- סה"כ דמי ביטוח ו/או דמי ביטוח בריאות שנוכו מהעובד + חלקו של המעביד
- סה"כ דמי ביטוח ו/או דמי ביטוח בריאות עפ"י החוק – חלק העובד + חלק המעביד
- סה"כ הפרש _____
- סה"כ הפרש בין סה"כ דמי ביטוח ו/או דמי ביטוח בריאות שנוכו מהעובד + חלקו של המעביד לבין סה"כ דמי ביטוח ו/או דמי ביטוח בריאות שנוכו מהעובד + חלקו של המעביד במהלך השנים שפורטו.

4. סיבת הבקשה והצהרה

- סיבת הבקשה _____
- לבקשה עבור החזר דמי ביטוח לעובד עבור תקופה העולה על שנה שוטפת, יש לצרף טפסי 106 או תלושי שכר.
- אם מדובר בשנה שוטפת – יש לצרף תלושי שכר בגינם מתבקש החזר.
- הריני מצהיר שכל הפרטים שמסרתי לעיל נכונים. נא לזכות את חשבוני במוסדכם בסכום הנ"ל והריני מתחייב לכך שחלקו של העובד יוחזר לו ישירות על ידי.
- שם המעסיק _____ תאריך _____ חתימה וחותמת _____