



המוסד לביטוח לאומי  
מינהל הגמלאות  
גמלאות משפחה

## תביעה לתשלום הפרשים

1

### פרטי המעסיק

שם המעסיק

מספר תיק ניכויים

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד

טלפון קווי	פקס	<input type="checkbox"/> אני מאשר קבלת מכתבים באינטרנט דואר אלקטרוני: _____@_____

### אנו מאשרים כי גברת

שם משפחה ופרטי	מספר ת.ז. ס"ב	חזרה לעבוד אצלי לאחר חופשת לידה בתאריך _____	בתפקיד

2

### אישור המעסיק על שכר

פרוט שכר העובדת (ב-ש), ב-10 החודשים שקדמו להפסקת עבודתה (אף אם אינם רצופים).  
יש לרשום סכום הפרשים מעודכן בנוסף לשכר הרגיל

שנה / חודש	השכר החייב במס	השכר החייב בדמי ביטוח	דמי ביטוח שנוכו מהשכר	בסיס השכר (חודשי, יומי, שכר לשעה)
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

☐ תשלומים נוספים לשכר (כגון: הבראה, ביגוד ותשלומים חד פעמיים) וכן הפרשי תשלומים, מיוחסים בהתאמה לשכר החודשי החייב בדמי ביטוח בטבלה.

☐ להלן פירוט התשלומים ששולמו ומהותם:

בחודש _____ שולם _____ ₪	עבור התקופה מ _____ עד _____	מהות התשלום _____
בחודש _____ שולם _____ ₪	עבור התקופה מ _____ עד _____	מהות התשלום _____

סיבה אחרת לשינויים בשכר \_\_\_\_\_

3

### הצהרת מעסיק

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

תאריך	שם החותם ותפקידו	חתימת וחותמת העסק/המפעל
_____	_____	_____