



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 7) 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 331/ל וכן תיעוד רפואי חדש, ואין צורך בהגשת טופס תביעה זה.
- ↪ עפ"י חוק: לא תשולם גמלת שמירת היריון בתקופה בעדה משולמים ימי מחלה. אם שולם לך שכר בגין ימי מחלה ותביעתך תאושר, באפשרותך להשיב למעסיק את תשלום ימי המחלה והגמלה תשולם לך גם עבור תקופה זו.
- ↪ לא תשולם גמלת שמירת היריון אם קיימת זכאות מכוח חיקוק אחר – חובה למלא את סעיף 3 (5) בעמ' 2.
- ↪ לא תשולם 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 רשמתי 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, 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 וברורים ניתן להתקשר למוקד *6050 או 04-8812345, או לפנות באמצעות אתר האינטרנט 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;"> מס' זהות / דרכון </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> סוג המסמך </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 0 1 </div> </div>	לשימוש פנימי בלבד (סריקה)
---	---------------------------

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
גמלאות אימהות

**תביעה לתשלום גמלה
לשמירת היריון**

1 פרטי התובעת

1

שם משפחה _____	שם פרטי _____	תאריך לידה _____	מספר זהות _____
שם משפחה לפני הנישואין _____	מס' שנות לימוד _____	מס' שכירה <input type="checkbox"/> חברת קיבוץ <input type="checkbox"/> עצמאית, משלמת דמי ביטוח בסניף _____	מצב משפחתי <input type="checkbox"/> רווקה <input type="checkbox"/> נשואה <input type="checkbox"/> גרושה <input type="checkbox"/> אלמנה <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
	דואר אלקטרוני: _____ @ _____	טלפון נייד	טלפון קווי		
		_____	_____		

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**
8. שהיתי בהכשרה מקצועית בלימודי סיעוד לאחיות מוסמכות מתאריך _____ עד תאריך _____
9. מקום ביצוע ההכשרה _____ **אנא צרפי אישור ממוסד הלימודים**
10. שהיתי בחופשה ללא תשלום בתקופה מ- _____ עד _____

3

פרטים משלימים

1. הפסקתי לעבוד/לעסוק במשלח יד בשל היריון בתאריך _____
 הפסקתי לעבוד/לעסוק _____
 עיסוק או תפקיד _____



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, אם קיימת קרבה משפחתית ומה הסיבה לשמירת היריון

שם המעסיק	תפקידך במקום העבודה	מועד הפסקת עבודה	קרבה משפחתית	סיבת שמירת היריון
			<input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן, סוג הקרבה: _____ <input type="checkbox"/> רפואית <input type="checkbox"/> סביבת עבודה
			<input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן, סוג הקרבה: _____ <input type="checkbox"/> רפואית <input type="checkbox"/> סביבת עבודה

4. אני מקבלת תשלום בגין שמירת היריון מהמעביד תקופת התשלום: מיום _____ עד יום _____
 אם שולם לך שכר בגין ימי מחלה ותביעתך תאושר, באפשרותך להשיב למעסיק את תשלום ימי המחלה והגמלה תשלום לך גם עבור תקופה זו.

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 _____
שימי לב, אם בכוונתך לפנות לקרן הפנסיה כדי לבדוק את זכאותך בעד התקופה בה את שוהה בשמירת היריון, עלייך לעדכן אותנו תוך 30 יום ממועד הפניה אליהם.

6. איני זכאית לתשלום בגין שמירת היריון ממקור אחר
 7. מספר עוברים: ילד אחד תאומים שלישיה ומעלה

4

פרטי חשבון הבנק של התובעת

סוג חשבון		שמות השותפים לחשבון	
<input type="checkbox"/> פרטי <input type="checkbox"/> קיבוצי			
מספר חשבון	מס' סניף	שם הסניף / כתובתו	שם הבנק

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 מושכי התשלומים.

אני מסכימה כי המוסד יפנה לבנק הנ"ל, באמצעות תקשורת ממחושבת, לצורך אימות בעלותי בחשבון הבנק כפי שהצהרתי לעיל ושהבנק הנ"ל /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.

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 ביודעין 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.

ידוע לי כי בעת מילוי הטופס וצירופותיו עלי למסור מידע שישמש את הביטוח הלאומי וכי לא חלה עלי כל חובה חוקית למסור מידע אודותי. במידה ולא אסכים למסור מידע פרטי, ידוע לי שלא אוכל לקבל שרות מהביטוח הלאומי. בחתימתי זו אני נותן את הסכמתי לשימוש במידע אודותיי לקבלת שרות ו/או זכויות מהביטוח הלאומי וכי קיימת אפשרות שמידע אודותיי יימסר לצדדי ג' הרלוונטיים לצורך זה.

ידוע לי כי בהתאם לסעיפים 13 ו-14 לחוק הגנת הפרטיות, באפשרותי לעיין במידע אודותיי ולבקש לתקנו במידת הצורך, בכפוף להוכחת הדורש תיקון ולהסכמת בעל השליטה במאגר – הביטוח הלאומי. ידוע לי כי בעל השליטה במאגר המידע הינו הביטוח הלאומי וניתן ליצור עימו קשר בכתובת www.btl.gov.il < יצירת קשר > פנייה בנושא הגנת הפרטיות.

אין בסירובי לחתום על טופס זה כדי למנוע מהביטוח הלאומי מלקבל מידע אודותיי מצדדי ג', בהתאם לדיון.

חתימת התובעת ✕

תאריך _____

אישור המעסיק על העסקת עובדת – למילוי רק לאחר הפסקת העבודה

1

פרטי המעסיק				
טלפון קווי	מספר תיק ניכויים		שם המעסיק/המפעל/הקיבוץ/המעביד	
פקס	מיקוד	יישוב	מס' בית	רחוב / תא דואר

2

הננו לאשר בזה שגברת – חובה למלא את כל השדות			
מספר זהות ס"ב	עיסוק/תפקיד	שם פרטי	שם משפחה
<p>1. החלה לעבוד אצלי בתאריך _____ ועבדה עד תאריך _____ כולל.</p> <p>2. שכרה שולם <input type="checkbox"/> בבנק <input type="checkbox"/> בהמחאה <input type="checkbox"/> במזומן <input type="checkbox"/> אחר <input type="checkbox"/></p> <p>3. האם יש קרבה משפחתית בינך לבין העובדת? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, סוג הקרבה _____</p> <p>4. הסיבה להפסקת עבודה _____</p> <p>5. פרטים משלימים – א. האם שולמו דמי מחלה עבור שמירת היריון? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, עבור התקופה מ- _____ עד _____ ב. אם סיבת השמירה היא סביבת עבודה מסכנת, יש לצרף מכתב מפורט מהמעסיק על אופי עבודתה. <input type="checkbox"/> ידועה לי הסיבה לשמירה והריני מצהיר בזאת כי לא נמצאה לה עבודה חלופית.</p> <p>6. לעובדת הוראה / מוסד חינוכי, שיצאה לשמירת היריון במהלך חופשת הקיץ – יש לציין את המועד בו היתה אמורה לשוב לעבודתה אילולא שמירת היריון _____</p>			
תנאי העבודה והשכר:			
<p>1. בשנתיים שקדמו להפסקת העבודה, העובדת עבדה: <input type="checkbox"/> ברציפות <input type="checkbox"/> שלא ברציפות. פרט: _____ <input type="checkbox"/> חופשה ללא תשלום מיום _____ עד יום _____ <input type="checkbox"/> שנת שבתון/השתלמות מיום _____ עד יום _____ <input type="checkbox"/> אחר (פרט): _____ מיום _____ עד יום _____</p> <p>2. מס' ימי עבודה בשבוע: _____</p>			

3

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 (כולל ימי חג, חופשה, מחלה)		היעדרויות בעבורן לא שולם שכר	מס' ימים	סיבה	מס'
						מס' ימים	סיבה				
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											

4

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

5

הצהרת המעסיק

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

תאריך _____ חתימת החותם ותפקידו _____ חתימה וחותמת המעסיק/המפעל ✕ _____

6

אישור מזכירות הקיבוץ או המושב השיתופי

הנני מאשר שגב' _____ שם משפחה פרטי ת"ז _____ חברת קיבוץ/מושב שיתופי _____

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 _____

<table border="1"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td colspan="12" style="text-align: center;">מס' זהות / דרכון</td> </tr> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">7</td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">8</td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">סוג המסמך</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">דפים</td> <td colspan="8"></td> </tr> </table>													מס' זהות / דרכון												7	8											סוג המסמך		דפים										לשימוש פנימי בלבד (סריקה)
מס' זהות / דרכון																																																	
7	8																																																
סוג המסמך		דפים																																															

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
דמי לידה



כתב ויתור סודיות רפואית

שם הגמלה: שמירת היריון

פרטים אישיים

	תאריך תביעה <table border="1" style="width: 100%; height: 30px;"> <tr> <td style="width: 20px; text-align: center;">שנה</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">חודש</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">יום</td> </tr> </table>	שנה	חודש	יום	מספר זהות <table border="1" style="width: 100%; height: 30px;"> <tr> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> </tr> </table>													קוד גמלה 54
שנה	חודש	יום																
שם פרטי		שם משפחה																
חברה בקופת חולים																		
<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, סימפיזיוליזיס 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

אישור

4

בהתאם לעמדותי המקצועית, הריני מאשר בזאת כי בשל מצבה של הנבדקת:

הנובע מן ההיריון והמסכן אותה או את עובריה

הנובע ממוקום 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.