



טופס רישום ללידה

כדי להקל עלייך את תהליך הרישום ללידה להלן התהליך:

1. יש למלא טופס זה בכתב ברור וקריא
2. יש לצרף צילום תעודות הזהות של שני בני הזוג (כולל הספח)
3. לשלוח באמצעות הדואר לכתובת:

משרד מנהל רפואת נשים
ביה"ח בקור חולים
ת.ד. 492, ירושלים 91004
או באמצעות פקס: 02-6464464

תאריך רישום: ____ / ____ / ____

תודה לבנות לפנינו



פרטי היולדת

שם פרטי	שם משפחה	נא להקיף בעיגול	מספר זהות או מספר דרכון
		ת.ז. / *דרכון	
שם האב	מצב משפחתי, נא להקיף בעיגול	לאום	תאריך לידה : שנה/חודש/יום
	ר. נ. ג. א.		____ / ____ / ____
ארץ לידה	שנת עליה	מספר טלפון	מספר טלפון נייד
שם משפחה קודם	עובדת בפועל	משלח יד	תאריך נישואים: שנה/חודש/יום
	כן / לא		____ / ____ / ____
ארץ לידת האב	קופת חולים	תאריך לידה משוער: שנה/חודש/יום	
		____ / ____ / ____	
מספר נישואים נוכחי	מספר ילדים	לידה מספר	תאריך וסת אחרון: שנה/חודש/יום
			____ / ____ / ____
כתובת			
רחוב ומס': _____ עיר: _____ מיקוד: _____			

פרטי בן הזוג

שם משפחה	שם פרטי	נא להקיף בעיגול	מספר זהות או מספר דרכון
		ת.ז. / *דרכון	
תאריך לידה : שנה/חודש/יום	לאום	שם האב	מצב משפחתי, נא להקיף בעיגול
____ / ____ / ____			ר. נ. ג. א.
ארץ לידה	ארץ לידת האב	משלח יד	

פרטי הבנק אליו הזוג מעוניין כי יועברו כספי המענק מהמוסד לביטוח הלאומי:

שם הבנק	מספר סניף	מספר חשבון

* בעלי דרכון (היולדת או בן זוגה) מתבקשים להגיע למשרדי מנהל רפואת נשים על מנת לקבל הפניה למוסד לביטוח לאומי.

**בשעה טובה ומוצלחת,
צוות קבלת חולים – מחלקת נשים ויולדות**