

神共済第 579 号
令和7年5月30日

所 属 長 様

神戸市職員共済組合
事務局次長

短期給付等の制度改正に関する手続き及び請求書様式等について（ご依頼）

平素は当組合の事業運営にご協力いただき、ありがとうございます。

さて、みだしの件につきましては令和7年2月27日付で新たな短期給付制度の開始についてお知らせしたところですが、手続きの詳細が決定しましたので組合員の皆様へご周知くださいますようお願いいたします。

記

1. 改正項目

- （1）育児休業支援手当金の手続きについて
- （2）育児時短勤務手当金の手続きについて

※支給対象となる制度について、育児短時間勤務に加え部分休業（以下、育児部分休業という）が追加されました。

2. 添付資料

- 別紙1「育児休業支援手当金請求書（様式2-9-5）」
- 別紙2「育児時短勤務手当金請求書（様式2-9-6）」

3. よくある質問について

共済組合ホームページ（URL：<https://kobe-kyosai.jp>）よりご覧ください。

（問い合わせ先）神戸市職員共済組合 医療係
電話 078-322-5108 内線 6720

1. 育児休業支援手当金の手続きについて

(1) 支給要件

令和7年4月1日以降に育児休業取得中の組合員に対して、組合員とその配偶者双方が対象期間（産後休暇を取得する場合は産後休暇終了後8週間以内、産後休暇を取得しない場合は子の出生後8週間以内）に通算14日以上育児休業を取得した場合に、請求により最大28日のうち、土日を除いた日数を対象に支給されます。

ただし、組合員の配偶者が子の出生の翌日に一定の要件に該当する場合は、配偶者が育児休業を取得していない場合でも支給の対象となります。

※令和7年4月1日以前に出生した場合の支給期間について

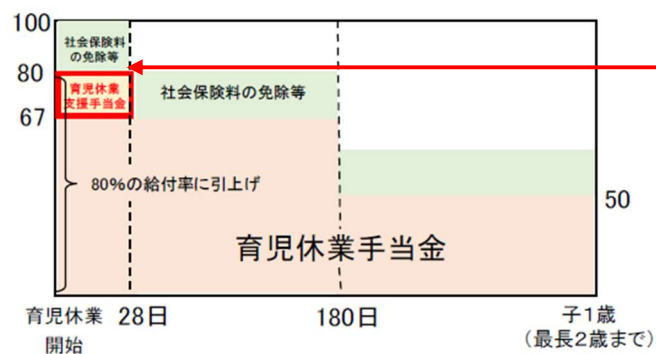
令和7年4月1日以降の対象期間内で組合員が通算14日以上育児休業を取得しており、さらに組合員の配偶者が支給要件を満たしている場合は請求が可能です。その場合、令和7年4月1日以降の育児休業取得日数に応じて手当金が支給されます。

(2) 支給額（上限あり）

$$\text{標準報酬の日額（※）} \times 13\% \times \text{育児休業日数}$$

（※）標準報酬月額 $\times 1/22$ （10円未満四捨五入）

（標準報酬の日額に対する割合（％））



最大28日のうち、
土日を除いた日に支給
（育児休業手当金と同様）

(3) 支給日

請求を受理した月の翌月25日（土日祝および休日の場合は前営業日）

(4) 請求方法

対象期間満了後または対象期間内で育児休業取得日数が28日を超えた日以降に、所定の様式に必要事項を記入し、以下の添付書類を添えて提出してください。

① 請求様式

別紙1「育児休業支援手当金請求書（様式2-9-5）」

② 添付書類

添付書類については別紙1様式の「添付書類」欄をご確認ください。

(5) 提出先

水道局・交通局・外郭団体(独立行政法人を含む) → 神戸市職員共済組合

上記以外の所属 → 総務事務センター

※総務事務センターへ提出する場合は、所属確認欄は空欄のまま提出してください。

但し、所属が学校園の場合は所属確認欄に学校園長が記名・押印してください。

2. 育児時短勤務手当金の手続きについて

(1) 支給要件

令和7年4月1日以降に2歳未満の子の養育のための育児短時間勤務または育児部分休業（以下、あわせて育児時短勤務制度という）を利用した月を支給対象月として、その月に支払われた報酬額が支給限度額を超えない場合に、請求により支給されます。

※育児部分休業を取得した場合の手当金の支給対象月について

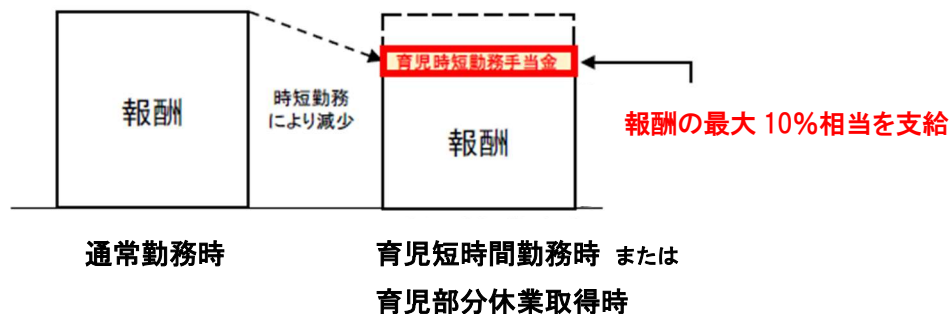
育児部分休業終了月の翌月は支給対象月に該当しないため、翌月支給される給与の報酬減額分については手当金の支給対象外となります。

(2) 支給額（上限あり）

育児時短勤務制度を利用した月に支払われた報酬額 × 10%

※ただし、支給額が最低額（※）を超えない場合は支給しない。

（令和7年4月時点の支給最低額：2,295円）



(3) 支給日

請求を受理した月の翌月25日（土日祝および休日の場合は前営業日）

(4) 請求方法

育児時短勤務制度を利用した月の経過後に、月ごとに所定の様式に必要事項を記入し、以下の添付書類を添えて提出してください。

① 請求様式

別紙2「育児時短勤務手当金請求書（様式2-9-6）」

② 添付書類

- ・支給対象月中の1週間の所定労働時間が確認できる書類
- ・支給対象月に支払われた報酬の明細が確認できる書類

(5) 提出先

水道局・交通局・外郭団体(独立行政法人を含む) → 神戸市職員共済組合

上記以外の所属 → 総務事務センター

※総務事務センターへ提出する場合は、所属確認欄は空欄のまま提出してください。

但し、所属が学校園の場合は所属確認欄に学校園長が記名・押印してください。

3. その他

雇用保険加入中の短期組合員（再任用職員、会計年度任用職員、病院任期付職員等）については雇用保険からの給付が優先されます。手続きの詳細は、総務事務センター等加入中の雇用保険事務取扱所属または職業安定所（ハローワーク）へお問い合わせください。

以上

育児休業支援手当金 請求書

神戸市職員共済組合

組合員（請求者）が記入するところ	組合員	記号 番号	所 属	氏 名	
	出産予定日	令和 年 月 日	対象となる子の出生日	令和 年 月 日	
	請求期間	開始日 (該当に ☒)	☐ 組合員が産後休業を取得した（産後休暇終了日の翌日） ☐ 組合員が産後休業を取得しない（子の出生日）		令和 年 月 日
		終了日	開始日から 56 日目または育児休業取得日通算 28 日目（いずれも土日を含む）のうち、早い方の日		令和 年 月 日
	育児休業期間	(1 回目) 令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日			
		(2 回目) 令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日			
	対象となる子の出生日の翌日における配偶者の状態	配偶者の氏名	配偶者の職員番号 (本市職員の場合)		
		(該当する番号に○) 1. 配偶者が対象期間内に 1 4 日以上（土日を含む）の育児休業を取得した 2. 配偶者が産後休業中 3. 配偶者がいない 4. 配偶者が組合員の子と親子関係がない 5. 配偶者が無業者または、就労しているが雇用される労働者ではない（自営業者・フリーランス等） 6. 2～5以外の理由で配偶者が育児休業をすることができない (理由を記載：)			(該当する場合は ☒) ☐ 共済組合で「組合員の被扶養者」として認定されている
	添付書類	(上記で選択した番号の状態を確認できる書類) 1. ☐ 母子健康手帳（出生届出済証明のページ全体）のコピー、 ☐ 配偶者の育児休業取得状況を確認できる書類 2. ☐ 母子健康手帳（出生届出済証明のページ全体）のコピー 3. ☐ 母子健康手帳（出生届出済証明のページ全体）のコピー、 ☐ 組合員の戸籍謄(抄)本の原本、 ☐ 世帯全員について記載された住民票（続柄あり）の原本、 ☐ その他必要書類 4. ☐ 母子健康手帳（出生届出済証明のページ全体）のコピー、 ☐ 組合員および対象の子の戸籍謄(抄)本の原本（組合員の配偶者が世帯主で、対象の子との続柄が「夫の子」又は「妻の子」の場合は、住民票（続柄あり）の原本でも可） 5. ☐ 母子健康手帳（出生届出済証明のページ全体）のコピー、 ☐ 配偶者の直近の課税証明書、 ☐ その他必要書類 6. ☐ 母子健康手帳（出生届出済証明のページ全体）のコピー、 ☐ 配偶者が育児休業を取得することができないことの申告書、 ☐ その他必要書類			
	上記のとおり請求するとともに、貴組合が当該給付に必要な個人情報に関して所属に照会することを承諾します。 神戸市職員共済組合理事長 宛 令和 年 月 日				
組合員(請求者)の 住所 (郵便番号 -) 氏 名 電話() -					

所属確認欄	標準報酬月額	等級	円
	上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。 令和 年 月 日		
	補職名	氏 名	担当： 電話：

共済組合受付印

共 済 組 合 事 務 処 理 欄

☐ 対象月
☐ 日数

上記申請のとおり決定する

令和 年 月 日

注 意

- 1 育児休業手当金請求書と併せて育児休業支援手当金請求書を提出する場合は、育児休業手当金請求書に記載した事項と同一の事項については、育児休業支援手当金請求書への記載を省略することができます。（「組合員の氏名」、「組合員の組合員等記号・番号又は個人番号」及び「所属機関の名称及び所在地」を除く。）
- 2 この請求書には、次に掲げる書類を添付してください。
 - （1）配偶者が「当該育児休業等に係る子について配偶者育児休業等をしたとき（当該配偶者が当該子の出生の日から起算して56日を経過する日の翌日までの期間内にした配偶者育児休業等の日数が通算して14日以上であるときに限る。）」又は「配偶者育児休業等の要件を課さない場合」に該当することを証明する書類
 - （2）その他必要な書類
- 3 育児休業支援手当金の請求書の添付書類については、育児休業手当金の請求時に提出した書類と同一の事実を証明する書類の提出を省略することができます。
- 4 支給対象期間とは、産後休業を取得した場合は産後休業後56日以内、産後休業を取得しない場合は子の出生後56日以内の期間です。この請求書は、支給対象期間満了日もしくは支給対象期間開始後28日に達する日のどちらか早い日以降に提出してください。

育児時短勤務手当金 請求書

神戸市職員共済組合

組合員（請求者）が記入するところ	組合員	記号	所 属		氏 名	
		番号		電話		
	当該子の誕生日		令和 年 月 日			
	利用中の育児時短勤務制度		(該当に○) 育児短時間勤務 ・ 育児部分休業			
	支給対象期間	開始月	育児時短勤務開始日		令和 年 月 日	
		終了月 (いずれか早いほうに)	☐ 育児時短勤務終了（予定）日		令和 年 月 日	
			☐ 当該子の 2 歳の誕生日の前々日		令和 年 月 日	
	今回請求する支給対象月			令和 年 月 分		
	育児時短勤務開始前の所定勤務時間			時間 分／週		
	支給対象月の所定勤務時間	☐ 育児短時間勤務		時間 分／週		
☐ 育児部分休業（実績）		時間 分／月				
上記について請求するとともに、貴組合が当該給付に必要な個人情報に関して所属に照会することを承諾します。 神戸市職員共済組合理事長 宛 令和 年 月 日 住所 (郵便番号 -) 氏名 電話() -						

所属確認欄	育児時短勤務開始日時点の標準報酬月額	等級	円
	支給対象月に支払われた報酬の合計額		円
	その他報酬に対する特記事項	標準報酬の月額等の決め方と同様の取扱い 通勤手当 1 月あたり 円を含む	
	上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。 令和 年 月 日 補職名 所属所長 氏 名 担当： 電話：		

共済組合受付印

共 済 組 合 事 務 処 理 欄				
☐ 時短勤務 ☐ 報酬				
上記申請のとおり決定する 令和 年 月 日				
☐ 支給限度額				

注 意

- 1 この請求書は、育児時短勤務を行った月経過後に、育児時短勤務を行った月ごとに提出してください。
- 2 「育児時短勤務開始時の標準報酬の等級及び月額」欄は、育児時短勤務を開始した日の属する月における標準報酬の月額について記載してください。
- 3 「育児時短勤務終了（予定）日」欄は、育児時短勤務に係る子が2歳に達することにより育児時短勤務手当金の支給が終了する場合には、当該子の2歳の誕生日の前々日を記載してください。
なお、育児時短勤務が終了した場合は、終了予定年月日欄の「予定」を二重線で消除し、当該終了した日（新たに産前産後休業、介護休業又は育児休業を開始した場合は、当該開始した日の前日）を記載してください。
- 4 「育児時短勤務開始前の所定勤務時間」欄は、育児時短勤務に入る前の本来の1週間の所定勤務時間を記載してください。
- 5 「支給対象月中に支払われた報酬の額」欄は、支給対象月に支払われた報酬（臨時のもの及び3か月を超える期間ごとに支払われるものを除く。）の額を記載してください。
また、通勤手当が数か月分一括して支給される場合は、通勤手当額を支給月数で除して得た額を報酬額に含めてください。なお、寒冷地手当が支給される場合は、支給月額に支給月数を乗じて得た額を12で除して得た額（円位未満切捨て）を報酬額に含めてください。
- 6 この請求には、次の書類を添付してください。
 - （1）支給対象月中の1週間または1か月の所定労働時間が分かる書類の写し
 - （2）支給対象月に支払われた給与の明細が分かる書類の写し
 - （3）その他必要な書類

育児休業支援手当金 請求書

神戸市職員共済組合

組合員（請求者）が記入するところ	組合員	記号 1	所 属	〇〇局〇〇課	氏 名	共 済 太 郎
		番号 123456		電話 〇〇〇-〇〇〇〇		
	出産予定日	令和 7 年 4 月 20 日	対象となる子の出生日	令和 7 年 4 月 25 日		
	請求期間	開始日 (該当に ○)	☐ 組合員が産後休業を取得した（産後休暇終了日の翌日） ☒ 組合員が産後休業を取得しない（子の出生日）		令和 7 年 4 月 25 日	
		終了日	開始日から 56 日目または育児休業取得日通算 28 日目（いずれも土日を含む）のうち、早い方の日		令和 7 年 6 月 19 日	
	育児休業期間	(1回目) 令和 7 年 4 月 25 日 ～ 令和 7 年 4 月 30 日				
		(2回目) 令和 7 年 6 月 1 日 ～ 令和 7 年 6 月 10 日				
	対象となる子の出生日の翌日における配偶者の状態	配偶者の氏名	共 済 花 子	配偶者の職員番号 (本市職員の場合)		
		(該当する番号に○) 1. 配偶者が対象期間内に14日以上（土日を含む）の育児休業を取得した 2. 配偶者が産後休業中 3. 配偶者がいない 4. 配偶者が組合員の子と親子関係がない 5. 配偶者が無業者または、就労しているが雇用される労働者ではない（自営業者・フリーランス等） 6. 2～5以外の理由で配偶者が育児休業をすることができない (理由を記載：)				(該当する場合は ○) ☐ 共済組合で「組合員の被扶養者」として認定されている
	添付書類	(上記で選択した番号の状態を確認できる書類) 1. ☐ 母子健康手帳（出生届出済証明のページ全体）のコピー、 ☐ 配偶者の育児休業取得状況を確認できる書類 2. ☒ 母子健康手帳（出生届出済証明のページ全体）のコピー 3. ☐ 母子健康手帳（出生届出済証明のページ全体）のコピー、 ☐ 組合員の戸籍謄(抄)本の原本、 ☐ 世帯全員について記載された住民票（続柄あり）の原本、 ☐ その他必要書類 4. ☐ 母子健康手帳（出生届出済証明のページ全体）のコピー、 ☐ 組合員および対象の子の戸籍謄(抄)本の原本（組合員の配偶者が世帯主で、対象の子との続柄が「夫の子」又は「妻の子」の場合は、住民票（続柄あり）の原本でも可） 5. ☐ 母子健康手帳（出生届出済証明のページ全体）のコピー、 ☐ 配偶者の直近の課税証明書、 ☐ その他必要書類 6. ☐ 母子健康手帳（出生届出済証明のページ全体）のコピー、 ☐ 配偶者が育児休業を取得することができないことの申告書、 ☐ その他必要書類				
上記のとおり請求するとともに、貴組合が当該給付に必要な個人情報に関して所属に照会することを承諾します。 神戸市職員共済組合理事長 宛 令和 7 年 6 月 20 日 住所 (郵便番号 650 - 8570) 神戸市中央区加納町 6 丁目 5 - 1 電話 (〇〇〇) 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇						
標準報酬月額が不明の場合は、空欄のままで結構です。 共 済 太 郎						
所属確認欄	標準報酬月額	〇 〇 等級	〇〇〇, 〇〇〇	円		
	上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。 令和 7 年 6 月 20 日					
	所属所長	補職名 〇〇局〇〇課長	氏 名 〇 〇 〇 〇	担当：〇 〇	電話：内線〇〇〇〇	

共済組合受付印

総務事務センター集約の対象となっている部局（学校園除く）については、所属所長欄は空欄のままとし、担当者名・電話番号のみ記入し、総務事務センターへ提出してください。	
☐ 文 ☐ 日 上記	日

育児時短勤務手当金 請求書

神戸市職員共済組合

組合員（請求者）が記入するところ	組合員	記号 1 番号 123456	所 属	〇〇局〇〇課 電話 〇〇〇-〇〇〇〇	氏 名	共済 花子																				
	当該子の誕生日		令和 6 年 4 月 1 日																							
	利用中の育児時短勤務制度		(該当に○) 育児短時間勤務 ・ 育児部分休業																							
	支給対象期間	開始月	育児時短勤務開始日		令和 7 年 4 月 1 日																					
		終了月 (いずれか早いほうに)	☒ 育児時短勤務終了（予定）日		令和 8 年 3 月 31 日																					
			☐ 当該子の 2 歳の誕生日の前々日		令和 年 月 日																					
	今回請求する支給対象月			令和 7 年 4 月分																						
	育児時短勤務開始前の所定勤務時間			38 時間 45 分／週																						
	支給対象月の所定勤務時間	☐ 育児短時間勤務		時間 分／週																						
		☒ 育児部分休業（実績）		135 時間 00 分／月																						
育児短時間勤務の場合は承認された週当たりの時間数、育児部分休業の場合は一カ月の実績の合計時間を記入してください。 報に関して所属に照会することを承諾します。 令和 7 年 6 月 25 日																										
住所 (郵便番号 650 - 8570) 神戸市中央区加納町 6 丁目 5 - 1 氏名 共済 太郎 電話 (000) 0000 - 0000																										
所属確認欄	育児時短勤務開始日時点の標準報酬月額		〇〇等級 〇〇〇,〇〇〇円																							
	支給	標準報酬月額が不明の場合は、 空欄のままで結構です。		〇〇〇,〇〇〇円																						
	その他報酬に対する特記事項		標準報酬の月額等の決め方と同様の取扱い 通勤手当 1 月あたり 〇,〇〇〇円を含む																							
	上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。		令和 7 年 6 月 25 日																							
所属所長 補職名 〇〇局〇〇課長 氏 名 〇 〇 〇 〇 担当： 〇 〇 電話：内線 〇〇〇〇																										
総務事務センター集約の対象となっている部局（学校園除く）については、所属所長欄は空欄のままとし、担当者名・電話番号のみ記入し、総務事務センターへ提出してください。 <table><tr><td colspan="5">事 務 処 理 欄</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td colspan="5">上記申請のとおり決定する 令和 年 月 日</td></tr><tr><td colspan="5">☐ 支給限度額</td></tr></table>							事 務 処 理 欄										上記申請のとおり決定する 令和 年 月 日					☐ 支給限度額				
事 務 処 理 欄																										
上記申請のとおり決定する 令和 年 月 日																										
☐ 支給限度額																										