

מטרה

1. מטרת הוראה זו היא לפרט את זכאות עובדי צה"ל לזקוף ימי מחלת ילד על חשבון תקופת המחלה הצבורה שלהם.

כללי

2. ככלל, עובד צה"ל זכאי לזקוף ימי מחלת ילד על חשבון תקופת המחלה הצבורה שלו או על חשבון ימי החופשה המגיעים לו, על-פי בחירתו.

3. הזכאות אינה תלויה באחוז המשרה של העובד.

כללי הזכאות

4. עובד צה"ל שבחזקתו ילד אחד או יותר מתחת לגיל 16, זכאי לזקוף ימי מחלת ילד על חשבון תקופת המחלה הצבורה שלו כמפורט להלן:

מספר הילדים מתחת לגיל 16	מכסת הימים בשנה קלנדרית
1	8
2	10
3 ומעלה	12

5. עובד צה"ל שילדו בחזקתו הבלעדית או עובד שהוא הורה עצמאי (הורה יחיד) כהגדרתו בחוק סיוע למשפחות שבראשן הורה עצמאי התשנ"ב - 1992, זכאי לזקוף ימי מחלת ילד על חשבון תקופת המחלה הצבורה שלו כמפורט להלן:

מספר הילדים מתחת לגיל 16	מכסת הימים בשנה קלנדרית
1	16
2	18
3 ומעלה	20

6. הזכאות תקפה גם עבור הורה מאמץ, מי שקיבל לביתו ילד מאומץ, הורה במשפחת אומנה או מי שיש לו חובה אחרת מן הדין לספק את צרכיו של הילד.

7. **זכאות העובד מותנית בכך שבן זוגו עובד שכיר או עובד עצמאי**, בין אם במקום עבודתו נהוגות זכויות בקשר להורות ובין אם לאו.

8. מודגש כי הזכות אינה יכולה להינתן לעובד שיש לו בן זוג ושכן זוגו אינו עובד כלל (למעט במקרה של אי כושר עבודה מלא המגובה באישורים רפואיים רלוונטיים).

9. שני בני הזוג אינם יכולים לנצל זכאות זו עבור אותו יום לגבי אותו ילד. יחד עם זאת, אין מניעה שכל אחד מבני הזוג ינצל זכאותו המקסימאלית במקום עבודתו, וזאת ללא קשר לניצול של בן זוגו במקום עבודתו.

שם הוראה: ימי מחלה עקב מחלת ילד	מספר: 80-31	כותב ההוראה: מדור פרט ורווחה
עמוד 1 מתוך 3		תאריך עדכון אחרון: 10/08/2025

אופן מימוש הזכאות

10. העובר יגיש לקצין האזרחים היחידתי הצהרה על היעדרות בשל מחלת ילד, חתומה על ידו (נספח א'). בנוסף, על העובד לצרף אישור רפואי לגבי מחלת ילדו.
11. כמו כן, במקרה שבן זוגו של העובד הינו עובד עצמאי יש לצרף את אחד מהמסמכים הבאים:
- א. מסמך המעיד על היות בן הזוג רשום במוסד לביטוח לאומי כעובד עצמאי.
- ב. מסמך המוגש לפקיד השומה או הניתן על ידו, המעיד כי לבן הזוג הכנסה מעסק או ממשלח יד באותה שנת מס.
- ג. אישור על היותו עוסק לפי חוק מס ערך מוסף, התשל"ו – 1976.

אופן הדווח בדוחות התעסוקה

12. דווח מחלת ילד יום מלא או חלקי יבוצע במערכות באופן הבא:

מחלת ילד		מערכת לביא	מערכת עמית
יום מלא	קוד היעדרות מלא 22	אירוע אי נוכחות 4735 – סימול 03	
שעות	קוד היעדרות חלקי 77	אירוע מונה עבודה 4705	אירוע שונות 4775
		שעות מחלה	סימול 1 מלא : 5657

זכאות לימי מחלה נוספים במקרה של מחלה קשה של ילד ובמקרה של טיפול בילד עם מוגבלות

13. מעבר לאמור בהוראה זו, תיתכן זכאות לימי מחלה נוספים על חשבון ימי המחלה הצבורים של העובד במקרה של מחלה קשה של ילד (עד גיל 18) כמפורט בהוראת מרכז תע"צ 80-61 "ימי מחלה עקב מחלה קשה של ילד" ולצורך טיפול בילד עם מוגבלות (גם לאחר גיל 18) כמפורט בהוראת מרכז תע"צ 80-36 "הורה לילד עם מוגבלות".

רמ"ד אחראי לעדכונים ושינויים: רמ"ד פרט ורווחה

** הוראה זו מנוסחת בלשון זכר לצורך הנוחות, אך תחולתה היא על עובדי צה"ל ועל עובדות צה"ל כאחד

שם הוראה: ימי מחלה עקב מחלת ילד	מספר: 80-31	כותב ההוראה: מדור פרט ורווחה
עמוד 2 מתוך 3		תאריך עדכון אחרון: 10/08/2025



- שמור לאחר מילוי -

נספח א': הצהרה על היעדרות בשל מחלת ילד

1. אני החתום מטה _____ ת.ז. _____ מספר עובד _____ מודיע בזאת כי נעדרתי מעבודתי בשל מחלת ילדים מיום _____ עד יום _____ .
מצ"ב אישור רפואי.

2. **פרטי הילד**
שם פרטי ומשפחה: _____ ת.ז.: _____ תאריך לידה: _____
כתובת מלאה: _____
הערה: אם הילד נמצא בהחזקתו המלאה של העובד או אם העובד הינו הורה היחיד יש לעבור לסעיף 5 להלן.

3. **פרטי בן הזוג**
שם פרטי ומשפחה: _____ ת.ז.: _____
כתובת מלאה: _____
פרטי המעביד של בן-הזוג (שמו של בית העסק או מקום העבודה): _____
אם בן הזוג הוא עובד עצמאי יש לצרף אישור המעיד על כך, כמפורט בסעיף 7 לחוזר מרכז תע"ץ בנושא ימי מחלה עקב מחלת ילד.

4. **הצהרת עובד שבן-זוגו עובד**
הריני מצהיר בזאת כי בן זוגי לא נעדר מעבודתו*, בימי ההיעדרות המפורטים בסעיף 1 להצהרה זו.

5. **הצהרת עובד שהילד בהחזקתו הבלעדית או שהינו הורה יחיד**
הריני מצהיר בזאת כי הילד שפרטיו רשומים בסעיף 2 לעיל נמצא בהחזקתי הבלעדית או שאני הורה היחיד.

6. **הצהרת עובד שהינו הורה במשפחת אומנה**
הריני מצהיר בזאת כי אני הורה במשפחת אומנה של הילד אשר פרטיו רשומים בסעיף 2 לעיל, כי בימים האמורים בסעיף 1 לעיל הילד היה עמי ולא עם הוריו הטבעיים או המאמצים ואני מצרף בזאת אישור של המפקח הארצי על האומנה במשרד הרווחה והשירותים החברתיים או מי שהסמך לכך או אישור של גוף מפעיל שמשרד הרווחה והשירותים החברתיים התקשר עימו לשמש כגוף מפעיל לאומנה, על היותי הורה במשפחת אומנה.

* לא נעדר מעבודתו מכח זכאותו למחלת ילד.

תאריך: _____ חתימת העובד: _____

שם הוראה: ימי מחלה עקב מחלת ילד	מספר: 80-31	כותב ההוראה: מדור פרט ורווחה
עמוד 3 מתוך 3		תאריך עדכון אחרון: 10/08/2025