様式5

リフレッシュサポート参加者名簿

健康保険組合の補助金支給対象者のみを記入してください。
※綜合警備保障健康保険組合に加入していない者、運動をしなかった者、年度内2回目以上の参加者、未就学児は補助金対象外ですので記入しないでください。
※合計人数は、「リフレッシュサポート補助金支給申請書」の参加人数と一致させてください。

連番	被保険者証番号（社員番号）	氏　名	被保険者	被扶養者（小学生以上）	参加日	備　考
例	123456	赤坂　太郎	☑	□	平成29年10月10日	
			□	□		
			□	□		
			□	□		
			□	□		
			□	□		
			□	□		
			□	□		
			□	□		
			□	□		
			□	□		
			□	□		
			□	□		
			□	□		
			□	□		
			□	□		
			□	□		
			□	□		
			□	□		
			□	□		
			□	□		
			□	□		
			□	□		
			□	□		
			□	□		
			□	□		
			□	□		
			□	□		
			□	□		
			□	□		
			□	□		
			□	□		
合　計			人	人		