

Hal : 1/2

Nomor Identitas Peserta BPJS Kesehatan

(diisi oleh Petugas BPJS Kesehatan)

Petugas Verifikasi & Tanggal:

Petugas Entri & Tanggal:

Jenis Peserta BPJS Kesehatan

Pegawai BUMN

Pegawai BUMD

Pegawai Swasta

.....

I. Identitas Peserta Verifikasi

1. Nomor Kartu Keluarga												
2. NIK/ KITAS/ KITAP												
3. Nama Lengkap												
4. Nama Pada Kartu												
5. Jenis Kelamin	1 = Laki-laki, 2 = Perempuan					6. Agama						
7. Tempat Lahir												
8. Tanggal Lahir						9. Status Pernikahan	1 = Kawin, 2 = Belum Kawin, 3 = Janda, 4 = Duda					
10. Nomor Handphone											11. Golongan Darah	
12. Alamat email												
13. Alamat Tempat Tinggal												
Kelurahan									RU/Rw			
Kecamatan												
Kabupaten/Kota												
Provinsi											Kode Pos	
<i>Harap Dicontang Apabila Alamat Tempat Tinggal Sama Dengan Alamat Surat Menyurat</i>												
14. Alamat Surat Menyurat												
Kelurahan									RU/Rw			
Kecamatan												
Kabupaten/Kota												
Provinsi											Kode Pos	
15. Nomor NPWP												

II. Identitas Pekerjaan

1. Nama Badan Usaha												
						2. Kode BU						
Nama Sub Badan Usaha / Cabang												
3. NIP/NoPeg/NPP												
4. Gaji Pokok dan Tunjangan tetap	Rp.											
5. TMT Kerja						6. Status Pegawai	1=Tetap 2=Kontrak 3=Paruh Waktu					
7. Nama PIC Badan Usaha												

III. Kelas Rawat dan Faskes

1. Kelas Perawat (diisi oleh Petugas)	1 = Kelas Rawat I, 2 = Kelas Rawat II, 3 = Kelas Rawat III					<i>*Diisi Oleh petugas</i>						
2. Faskes Tingkat I						Kode						
3. Faskes Dokter Gigi						Kode						
4. No. Polis Asuransi Kesehatan *)											(isi jika memiliki polis asuransi kesehatan lainnya)	
5. Nama perusahaan Asuransi												

Hal : 2/2

ADRALUJQX ATE-88HA 19

IV. Anggota Keluarga

1. Nama Suami/Istri :											
2. NIK/ KITAS/ KITAP										3. Jenis Kelamin =L/P	
4. Nomor BPJS Kesehatan/NIP/NPP										*Diisi jika suami/istri pegawai	
5. Tempat Lahir									6. Tgl. Lahir		
7. Nomor Telepon											
8. Nama Faskes Tingkat Pertama										Kode	
9. Faskes Dokter Gigi										Kode	
10. No. Polis Asuransi Kesehatan *)										11. Kewarganegaraan	1=WNI, 2=WNA
12. Nama perusahaan Asuransi										13. Kebangsaan	

1. Nama Anak I :											
2. NIK/ KITAS/ KITAP										3. Jenis Kelamin =L/P	
4. Tempat Lahir											
6. Nomor Telepon											
7. Nama Faskes Tingkat Pertama										Kode	
8. Faskes Dokter Gigi										Kode	
9. No. Polis Asuransi Kesehatan *)										10. Kewarganegaraan	1=WNI, 2=WNA
11. Nama perusahaan Asuransi										12. Kebangsaan	

1. Nama Anak II :											
2. NIK/ KITAS/ KITAP										3. Jenis Kelamin =L/P	
4. Tempat Lahir											
6. Nomor Telepon											
7. Nama Faskes Tingkat Pertama										Kode	
8. Faskes Dokter Gigi										Kode	
9. No. Polis Asuransi Kesehatan *)										10. Kewarganegaraan	1=WNI, 2=WNA
11. Nama perusahaan Asuransi										12. Kebangsaan	

1. Nama Anak III :											
2. NIK/ KITAS/ KITAP										3. Jenis Kelamin =L/P	
4. Tempat Lahir											
6. Nomor Telepon											
7. Nama Faskes Tingkat Pertama										Kode	
8. Faskes Dokter Gigi										Kode	
9. No. Polis Asuransi Kesehatan *)										10. Kewarganegaraan	1=WNI, 2=WNA
11. Nama perusahaan Asuransi										12. Kebangsaan	

----- Persetujuan (Informed Consent) -----

1. Pengguna Layanan Pendaftaran BPJS Kesehatan harus memiliki usia yang cukup secara hukum untuk melaksanakan kewajiban hukum yang mengikat dari setiap kewajiban apapun yang mungkin terjadi akibat penggunaan Layanan Pendaftaran BPJS Kesehatan
 2. Mengisi dan memberikan data dengan benar dan dapat dipertanggungjawabkan,
 3. Mendaftarkan diri dan anggota keluarganya menjadi peserta BPJS Kesehatan.
 4. Menjaga identitas peserta (Kartu BPJS Kesehatan atau e ID) agar tidak rusak, hilang atau dimanfaatkan oleh orang yang tidak berhak
 5. Melaporkan kehilangan dan kerusakan identitas peserta yang diterbitkan oleh BPJS Kesehatan kepada BPJS Kesehatan
 6. Melaporkan perubahan status data peserta dan anggota keluarga, perubahan yang dimaksud adalah perubahan fasilitas kesehatan, susunan keluarga/jumlah peserta, dan anggota keluarga tambahan. Perubahan data Peserta dilakukan selambat-lambatnya 7 (tujuh) hari atau 30 (tiga puluh) hari untuk bayi baru lahir.
 7. Menyetujui bahwa iuran yang dibayarkan tidak dikembalikan sekalipun belum mendapatkan manfaat pelayanan kesehatan dan iuran tersebut sudah diikhhlaskan untuk menolong peserta lain yang terkena musibah.
 8. Memberikan kuasa kepada BPJS Kesehatan untuk mengelola dana amanat milik seluruh Peserta yang merupakan himpunan iuran beserta hasil pengembangannya untuk pembayaran manfaat kepada Peserta dan Pembayaran operasional penyelenggaraan program jaminan sosial.
- Saya menerima dan menyetujui Syarat dan Ketentuan layanan pendaftaran BPJS Kesehatan

PasFoto
3 x 4
Pekerja

Pas Foto
3 x 4
Istri/Suami

Pas Foto
3 x 4
Anak Ke1

Pas Foto
3 x 4
Anak Ke 2

Pas Foto
3 x 4
Anak Ke 3

..... 201
Tanda Tangan Peserta

(.....)