



**PETUNJUK PENGISIAN DAN VERIFIKASI**  
**DAFTAR ISIAN REGISTRASI PESERTA PEKERJA PENERIMA UPAH, PENERIMA PENSIUN,**  
**VETERAN DAN PERINTIS KEMERDEKAAN**  
**BADAN PENYELENGGARA JAMINAN SOSIAL KESEHATAN**

Pengisian Daftar Isian Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan ini cukup 1 (satu) lembar untuk 1 (satu) keluarga dan agar ditulis dengan jelas, apabila memungkinkan diketik dengan/ditulis dengan tinta hitam dan huruf balokserta beri tanda (v) pada kotak pilihan.

Nomor Register Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Petugas Verifikasi : Nama petugas yang melakukan verifikasi Petugas entry : Nama petugas yang melakukan entry data Ka. Bagian KPP : Kepala Bagian Kepesertaan yang bertanggung jawab atas keabsahan dan validitas data		Diisi oleh petugas PT Askes (Persero)
JENIS PESERTA BPJS Kesehatan	:	Beri tanda (v) pada kotak yang sesuai dengan jenis kepesertaan.
Pembayaran iuran jaminan kesehatan	:	Beri tanda (v) pada kotak yang sesuai dengan tempat pembayaran iuran
<b>I. IDENTITAS PESERTA</b>		
1. NIK / KITAS / KITAP	:	Isi Nomor Identitas yang tertera pada KTP/Kartu Keluarga, dan bagi Warga Negara Asing mengisi nomor register yang tercatat pada Kartu Ijin Tinggal Sementara / Kartu Ijin Tetap
2. NAMA LENGKAP	:	Nama sesuai dengan nama yang tercantum dalam SK Pengangkatan / SK Pensiun / Kartu Tanda Penduduk elektronik
3. TEMPAT DAN TANGGAL LAHIR	:	Wilayah Kab/Kota tempat serta tanggal, bulan dan tahun kelahiran peserta
4. JENIS KELAMIN	:	Isi dengan angka sesuai dengan jenis kelamin
5. STATUS PERNIKAHAN	:	Isi dengan angka sesuai dengan status pernikahan
6. ALAMAT TEMPAT TINGGAL	:	Isi sesuai dengan alamat tempat tinggal saat atau sama dengan tempat tinggal yang tercatat pada KTP
7. NOMOR TELPON / NO. HP	:	Isi sesuai dengan nomor kontak yang mudah dihubungi
8. ALAMAT EMAIL	:	Isi sesuai dengan alamat surat elektronik yang dimiliki
9. NAMA INSTANSI/BADAN/PERUSAHAAN	:	Nama Instansi/Badan/Perusahaan tempat bekerja
a. PNS, Pejabat Negara, Pensiunan - NIP / NOMOR PENSIUN	:	Isi dengan NIP sesuai SK Terakhir bagi PNS aktif atau Nomor Pensiun bagi Pensiunan PNS, dan apabila Suami Isteri sebagai PNS dan atau Penerima Pensiun mencantumkan NIP sebagai PNS/Pensiunan
- Golongan	:	Isi dengan pilihan angka sesuai dengan golongan terakhir
- Ruang	:	Isi dengan pilihan angka sesuai dengan golongan ruang terakhir
- TMT Kerja	:	Isi sesuai dengan Tanggal penetapan awal sebagai PNS atau tanggal penetapan awal sebagai penerima pensiun
- Gaji Pokok /Pokok Pensiun	:	Isi Penerimaan gaji/pokok pensiun terbaru
b. Anggota TNI/POLRI & Pensiunan - NRP / NOMOR PENSIUN	:	Isi dengan NRP sesuai SK Terakhir bagi TNI/Polri atau Nomor Pensiun bagi Pensiunan TNI/POLRI, dan apabila Suami Isteri sebagai TNI/POLRI/ PNS dan atau Penerima Pensiun mencantumkan NIP/NRP.
- Pangkat	:	Isi dengan kepangkatan terakhir
- TMT Kerja	:	Isi sesuai dengan Tanggal penetapan awal sebagai TNI/POLRI atau tanggal penetapan awal sebagai penerima pensiun TNI/POLRI
- Gaji Pokok /Pokok Pensiun	:	Isi Penerimaan gaji/pokok pensiun terbaru
c. PEGAWAI PEMERINTAH NON PNS - NIP / SK Pengangkatan	:	Isi dengan NIP atau No SK Pengangkatan
- Golongan	:	Isi dengan pilihan angka sesuai dengan golongan terakhir
- Kelas Perawatan	:	Isi dengan angka sesuai dengan hak kelas perawatan yang dipilih
- TMT Kerja	:	Isi sesuai dengan tanggal pada Surat Keputusan penetapan
- Gaji Pokok	:	Isi Penerimaan gaji/pokok pensiun terbaru
d. PEGAWAI BUMN/BUMD,SWASTA - NPP	:	Isi sesuai dengan Nomor Pokok Pegawai
- Jabatan	:	Isi sesuai dengan grade/jabatan terakhir
- Status Pegawai	:	Isi dengan angka sesuai dengan status kepegawaian
- Kelas Perawatan	:	Isi dengan angka sesuai dengan hak kelas perawatan yang dipilih
- Gaji Pokok /Pokok Pensiun	:	Isi dengan angka sesuai dengan hak normatif yang diterima
e. VETERAN - SKEP Gelar Kehormatan	:	Isi No. SKEP Gelar kehormatan Veteran dari Kementerian Pertahanan
f. PERINTIS KEMERDEKAAN - SKEP Perintis Kemerdekaan	:	Isi No.SKEP Perintis Kemerdekaan dari Kementerian Sosial
10. KEWARGANEGARAAN	:	Isi dengan pilihan angka sesuai dengan status kewarganegaraan
11. NOMOR POLIS ASURANSI	:	Isi dengan Nomor Polis Asuransi lain yang dimiliki(jika mengikuti program asuransi kesehatan lain)
12. NAMA PERUSAHAAN ASURANSI	:	Isi dengan nama perusahaan penanggung resiko
13. NOMOR NWWP	:	Isi dengan nomor wajib pajak yang dimiliki
14. NAMA FASILITAS KESEHATAN PRIMER	:	Isi dengan Nama Puskesmas / Dokter keluarga yang menjadi pilihan
15. NAMA FASILITAS KESEHATAN GIGI	:	Isi dengan Nama Dokter Gigi yang menjadi pilihan



II. IDENTITAS SUAMI – ISTERI		
1. NIK / KITAS / KITAP	:	Isi Nomor Identitas yang tertera pada KTP/Kartu Keluarga, dan bagi Warga Negara Asing mengisi nomor register yang tercatat pada Kartu Ijin Tinggal Sementara / Kartu Ijin Tetap
2. NIP / NRP / NPP	:	Isi dengan NRP sesuai SK Terakhir bagi TNI/Polri atau Nomor Pensiun bagi Pensiunan TNI/POLRI.
3. NAMA	:	Nama sesuai dengan nama yang tercantum dalam SK Pengangkatan / SK Pensiun / Kartu Tanda Penduduk elektronik
4. TEMPAT DAN TANGGAL LAHIR	:	Wilayah Kab/Kota tempat serta tanggal, bulan dan tahun kelahiran peserta
5. JENIS KELAMIN	:	Isi dengan angka sesuai dengan jenis kelamin
6. NOMOR NPWP	:	Isi dengan nomor wajib pajak yang dimiliki
7. NOMOR POLIS ASURANSI	:	Isi dengan Nomor Polis Asuransi lain yang dimiliki (jika mengikuti program asuransi kesehatan lain)
8. NAMA PERUSAHAAN ASURANSI	:	Isi dengan nama perusahaan penanggung resiko(jika mengikuti program asuransi kesehatan lain)
9. NAMA FASILITAS KESEHATAN PRIMER	:	Isi dengan Nama Puskesmas / Dokter keluarga yang menjadi pilihan
10. NAMA FASILITAS KESEHATAN GIGI	:	Isi dengan Nama Dokter Gigi yang menjadi pilihan
III. IDENTITAS ANAK		
1. ANAK PERTAMA		
a. NIK / KITAS / KITAP	:	Isi Nomor Identitas yang tertera pada KTP/Kartu Keluarga, dan bagi Warga Negara Asing mengisi nomor register yang tercatat pada Kartu Ijin Tinggal Sementara / Kartu Ijin Tetap
b.	:	
c. NAMA ANAK PERTAMA	:	Nama anak pertama yang ditanggung sesuai dengan urutan pertama yang tercatat pada Kartu Keluarga
d. TEMPAT DAN TANGGAL LAHIR	:	Wilayah Kab/Kota tempat serta tanggal, bulan dan tahun kelahiran peserta
e. JENIS KELAMIN	:	Isi dengan angka sesuai dengan jenis kelamin
f. NOMOR NPWP	:	Isi dengan nomor wajib pajak yang dimiliki
g. NOMOR POLIS ASURANSI	:	Isi dengan Nomor Polis Asuransi lain yang dimiliki (jika mengikuti program asuransi kesehatan lain)
h. NAMA PERUSAHAAN ASURANSI	:	Isi dengan nama perusahaan penanggung resiko(jika mengikuti program asuransi kesehatan lain)
i. NAMA FASILITAS KESEHATAN PRIMER	:	Isi dengan Nama Puskesmas / Dokter keluarga yang menjadi pilihan
j. NAMA FASILITAS KESEHATAN GIGI	:	Isi dengan Nama Dokter Gigi yang menjadi pilihan
2. ANAK KEDUA		
a. NIK / KITAS / KITAP	:	Isi Nomor Identitas yang tertera pada KTP/Kartu Keluarga, dan bagi Warga Negara Asing mengisi nomor register yang tercatat pada Kartu Ijin Tinggal Sementara / Kartu Ijin Tetap
b. NAMA ANAK KEDUA	:	Nama anak pertama yang ditanggung sesuai dengan urutan pertama yang tercatat pada Kartu Keluarga
c. TEMPAT DAN TANGGAL LAHIR	:	Wilayah Kab/Kota tempat serta tanggal, bulan dan tahun kelahiran peserta
d. JENIS KELAMIN	:	Isi dengan angka sesuai dengan jenis kelamin
e. NOMOR NPWP	:	Isi dengan nomor wajib pajak yang dimiliki
f. NOMOR POLIS ASURANSI	:	Isi dengan Nomor Polis Asuransi lain yang dimiliki (jika mengikuti program asuransi kesehatan lain)
g. NAMA PERUSAHAAN ASURANSI	:	Isi dengan nama perusahaan penanggung resiko(jika mengikuti program asuransi kesehatan lain)
h. NAMA FASILITAS KESEHATAN PRIMER	:	Isi dengan Nama Puskesmas / Dokter keluarga yang menjadi pilihan
i. NAMA FASILITAS KESEHATAN GIGI	:	Isi dengan Nama Dokter Gigi yang menjadi pilihan
3. ANAK KETIGA		
a. NIK / KITAS / KITAP	:	Isi Nomor Identitas yang tertera pada KTP/Kartu Keluarga, dan bagi Warga Negara Asing mengisi nomor register yang tercatat pada Kartu Ijin Tinggal Sementara / Kartu Ijin Tetap
b. NAMA ANAK KETIGA	:	Nama anak pertama yang ditanggung sesuai dengan urutan pertama yang tercatat pada Kartu Keluarga
c. TEMPAT DAN TANGGAL LAHIR	:	Wilayah Kab/Kota tempat serta tanggal, bulan dan tahun kelahiran peserta
d. JENIS KELAMIN	:	Isi dengan angka sesuai dengan jenis kelamin
e. NOMOR NPWP	:	Isi dengan nomor wajib pajak yang dimiliki
f. NOMOR POLIS ASURANSI	:	Isi dengan Nomor Polis Asuransi lain yang dimiliki (jika mengikuti program asuransi kesehatan lain)
g. NAMA PERUSAHAAN ASURANSI	:	Isi dengan nama perusahaan penanggung resiko(jika mengikuti program asuransi kesehatan lain)
h. NAMA FASILITAS KESEHATAN PRIMER	:	Isi dengan Nama Puskesmas / Dokter keluarga yang menjadi pilihan
i. NAMA FASILITAS KESEHATAN GIGI	:	Isi dengan Nama Dokter Gigi yang menjadi pilihan