



Hal : 2/2

**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											5. Tgl. 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											5. Tgl. 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											5. Tgl. 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)**

- 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
- Mengisi dan memberikan data dengan benar dan dapat dipertanggungjawabkan,
- Mendaftarkan diri dan anggota keluarganya menjadi peserta BPJS Kesehatan.
- Menjaga identitas peserta (Kartu BPJS Kesehatan atau e ID) agar tidak rusak, hilang atau dimanfaatkan oleh orang yang tidak berhak
- Melaporkan kehilangan dan kerusakan identitas peserta yang diterbitkan oleh BPJS Kesehatan kepada BPJS Kesehatan
- 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.
- Menyetujui bahwa iuran yang dibayarkan tidak dikembalikan sekalipun belum mendapatkan manfaat pelayanan kesehatan dan iuran tersebut sudah diikhilkan untuk menolong peserta lain yang terkena musibah.
- 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 Pembiayaan operasional penyelenggaraan program jaminan sosial.

 Saya menerima dan menyetujui Syarat dan Ketentuan layanan pendaftaran BPJS Kesehatan

Pas Foto 3 x 4 Pekerja
------------------------------

Pas Foto 3 x 4 Istri/Suami
----------------------------------

Pas Foto 3 x 4 Anak Ke 1
--------------------------------

Pas Foto 3 x 4 Anak Ke 2
--------------------------------

Pas Foto 3 x 4 Anak Ke 3
--------------------------------

 ..... 201  
 Tanda Tangan Peserta

(.....)

**PETUNJUK PENGISIAN DAN VERIFIKASI  
DAFTAR ISIAN PESERTA PEKERJA PENERIMA UPAH  
BADAN PENYELENGGARA JAMINAN SOSIAL KESEHATAN**

Pengisian Daftar Isian Badan Penyelenggara Jaminan sosial Kesehatan ini cukup 1 (satu) lembar untuk 1 (satu) keluarga dan agar dapat ditulis dengan jelas, apabila memungkinkan diketik/ ditulis dengan tinta hitam dan huruf balok serta beri tanda (√) pada kotak pilihan

Nomor Identitas peserta Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan

Petugas Verifikasi & Tanggal

: Nama Petugas yang melakukan verifikasi dan tanggal verifikasi dilaksanakan

Diisi oleh Petugas BPJS Kesehatan

Petugas *entri & tanggal*

: Nama Petugas yang melakukan *entri* dan tanggal *entri* dilaksanakan

Jenis Peserta BPJS Kesehatan

: Beri tanda (√) pada kotak yang sesuai dengan jenis kepesertaan

**I IDENTITAS PESERTA**

1 Nomor Kartu Keluarga (No. KK)

: Isi nomor kartu keluarga yang tertera pada kartu keluarga

2 NIK/ KITAS/ KITAP

: Isi nomor identitas yang tertera pada kartu tanda penduduk (KTP)/KK, dan bagi warga negara asing mengisi Nomor KITAS/KITAP

3 Nama Lengkap

: Nama sesuai dengan nama yang tercantum dalam KTP

4 Nama Pada Kartu

: Nama sesuai dengan nama yang tercetak pada kartu

5 Jenis Kelamin

: Isi dengan angka sesuai dengan jenis kelamin

6 Agama

: Isi sesuai dengan agama yang dianut

7 Tempat Lahir

: Wilayah Kab/Kota tempat kelahiran peserta

8 Tanggal Lahir

: Tanggal bulan dan tahun kelahiran peserta

9 Status Pernikahan

: Isi sesuai dengan status pernikahan

10 Nomor Handphone/Telepon

: Isi sesuai dengan nomor kontak yang mudah dihubungi

11 Golongan Darah

: Isi sesuai dengan golongan darah

12 Alamat Email

: Isi dengan alamat surel elektronik yang dimiliki

13 Alamat Tempat Tinggal

: Isi sesuai dengan alamat tempat tinggal berdasarkan KTP

14 Alamat Surat Menyurat

: Isi sesuai dengan alamat tempat tinggal sekarang

15 No NPWP

: Isi sesuai nomor NPWP

**II. IDENTITAS PEKERJAAN**

1 Nama Badan Usaha

: Isi dengan Nama Badan Usaha

Nama Sub Badan Usaha/ Cabang

: Isi dengan Nama Cabang Badan Usaha, jika ada cabangnya

2 Kode Badan Usaha

: Isi dengan Kode Badan Usaha

3 NIP/ Nopeg/NPP

: Isi dengan NIP/Nopeg/NPP

4 Gaji Pokok dan Tunjangan Tetap

: Isi dengan gaji pokok dan tunjangan tetap

5 TMT Kerja

: Isi dengan TMT Peserta Terdaftar di BPJS Kesehatan

6 Status Pegawai

: Isi dengan angka sesuai status pegawai

7 Nama PIC Badan Usaha

: Isi dengan Nama PIC Badan Usaha

**III. KELAS RAWAT DAN FASKES**

1 Kelas perawatan

: Isi dengan angka sesuai dengan hak kelas rawat

2 Nama Faskes Tingkat Pertama

: Isi dengan nama Puskesmas/Klinik/ Dokter keluarga yang menjadi pilihan

3 Nama Faskes Dokter Gigi

: Isi dengan nama Dokter gigi yang menjadi pilihan

4 Nomor Polis Asuransi Kesehatan

: Isi dengan Nomor Polis Asuransi lain yang dimiliki (jika mengikuti program asuransi kesehatan lain)

5 Nama Perusahaan Asuransi

: Isi dengan nama perusahaan penanggung risiko

**IV ANGGOTA KELUARGA**

- 1 Nama Suami/Istri : Nama sesuai dengan nama yang tercantum dalam KTP
- 2 NIK/ KITAS/ KITAP : Isi nomor identitas yang tertera pada kartu tanda penduduk (KTP)/KK, dan bagi warga negara asing mengisi Nomor KITAS/KITAP
- 3 Jenis Kelamin : Isi dengan angka sesuai dengan jenis kelamin
- 4 Nomor BPJS Kesehatan/NIP/NPP : Isi dengan nomor BPJS Kesehatan atau NIP atau NPP jika suami/istri sesama pegawai
- 5 Tempat lahir : Wilayah Kab/Kota tempat kelahiran peserta
- 6 Tanggal Lahir : Tanggal bulan dan tahun kelahiran peserta
- 7 Nomor Telepon : Isi sesuai dengan nomor kontak yang mudah dihubungi
- 8 Nama Faskes Tingkat Pertama : Isi dengan nama Puskesmas/Klinik/ Dokter keluarga yang menjadi pilihan
- 9 Nama Faskes Dokter Gigi : Isi dengan nama Dokter gigi yang menjadi pilihan
- 10 Nomor Polis Asuransi Kesehatan : Isi dengan Nomor Polis Asuransi lain yang dimiliki (jika mengikuti program asuransi kesehatan lain)
- 11 Kewarganegaraan : Isi dengan angka sesuai dengan status kewarganegaraan dan tulis asal kebangsaan
- 12 Nama Perusahaan Asuransi : Isi dengan nama perusahaan penanggung risiko
- 13 Kebangsaan : Isi sesuai dengan kebangsaan
- 1 Nama Anak I** : Nama sesuai dengan nama yang tercantum dalam KTP
- 2 NIK/ KITAS/ KITAP : Isi nomor identitas yang tertera pada kartu tanda penduduk (KTP)/KK, dan bagi warga negara asing mengisi Nomor KITAS/KITAP
- 3 Jenis Kelamin : Isi dengan angka sesuai dengan jenis kelamin
- 4 Tempat lahir : Wilayah Kab/Kota tempat kelahiran peserta
- 5 Tanggal Lahir : Tanggal bulan dan tahun kelahiran peserta
- 6 Nomor Telepon : Isi sesuai dengan nomor kontak yang mudah dihubungi
- 7 Nama Faskes Tingkat Pertama : Isi dengan nama Puskesmas/Klinik/ Dokter keluarga yang menjadi pilihan
- 8 Nama Faskes Dokter Gigi : Isi dengan nama Dokter gigi yang menjadi pilihan
- 9 Nomor Polis Asuransi Kesehatan : Isi dengan Nomor Polis Asuransi lain yang dimiliki (jika mengikuti program asuransi kesehatan lain)
- 10 Kewarganegaraan : Isi dengan angka sesuai dengan status kewarganegaraan dan tulis asal kebangsaan
- 11 Nama Perusahaan Asuransi : Isi dengan nama perusahaan penanggung risiko
- 12 Kebangsaan : Isi sesuai dengan kebangsaan
- 1 Nama Anak II** : Nama sesuai dengan nama yang tercantum dalam KTP
- 2 NIK/ KITAS/ KITAP : Isi nomor identitas yang tertera pada kartu tanda penduduk (KTP)/KK, dan bagi warga negara asing mengisi Nomor KITAS/KITAP
- 3 Jenis Kelamin : Isi dengan angka sesuai dengan jenis kelamin
- 4 Tempat lahir : Wilayah Kab/Kota tempat kelahiran peserta
- 5 Tanggal Lahir : Tanggal bulan dan tahun kelahiran peserta
- 6 Nomor Telepon : Isi sesuai dengan nomor kontak yang mudah dihubungi
- 7 Nama Faskes Tingkat Pertama : Isi dengan nama Puskesmas/Klinik/ Dokter keluarga yang menjadi pilihan
- 8 Nama Faskes Dokter Gigi : Isi dengan nama Dokter gigi yang menjadi pilihan
- 9 Nomor Polis Asuransi Kesehatan : Isi dengan Nomor Polis Asuransi lain yang dimiliki (jika mengikuti program asuransi kesehatan lain)
- 10 Kewarganegaraan : Isi dengan angka sesuai dengan status kewarganegaraan dan tulis asal kebangsaan
- 11 Nama Perusahaan Asuransi : Isi dengan nama perusahaan penanggung risiko
- 12 Kebangsaan : Isi sesuai dengan kebangsaan
- 1 Nama Anak III** : Nama sesuai dengan nama yang tercantum dalam KTP
- 2 NIK/ KITAS/ KITAP : Isi nomor identitas yang tertera pada kartu tanda penduduk (KTP)/KK, dan bagi warga negara asing mengisi Nomor KITAS/KITAP
- 3 Jenis Kelamin : Isi dengan angka sesuai dengan jenis kelamin
- 4 Tempat lahir : Wilayah Kab/Kota tempat kelahiran peserta
- 5 Tanggal Lahir : Tanggal bulan dan tahun kelahiran peserta
- 6 Nomor Telepon : Isi sesuai dengan nomor kontak yang mudah dihubungi
- 7 Nama Faskes Tingkat Pertama : Isi dengan nama Puskesmas/Klinik/ Dokter keluarga yang menjadi pilihan
- 8 Nama Faskes Dokter Gigi : Isi dengan nama Dokter gigi yang menjadi pilihan
- 9 Nomor Polis Asuransi Kesehatan : Isi dengan Nomor Polis Asuransi lain yang dimiliki (jika mengikuti program asuransi kesehatan lain)
- 10 Kewarganegaraan : Isi dengan angka sesuai dengan status kewarganegaraan dan tulis asal kebangsaan
- 11 Nama Perusahaan Asuransi : Isi dengan nama perusahaan penanggung risiko
- 12 Kebangsaan : Isi sesuai dengan kebangsaan