

Nomor Register Penanggung Tambahan Anggota Keluarga (diisi oleh petugas BPJS-Kesehatan)

Pekerja Penerima Upah

- Pegawai Negeri Sipil (PNS) Pusat
- PNS Pusat diperbantukan BUMN/BUMD dan Badan Lainnya
- Pegawai Negeri Sipil Daerah
- PNS Daerah diperbantukan BUMD atau Badan lainnya
- TNI Angkatan Darat
- TNI Angkatan Laut
- TNI Angkatan Udara
- Kepolisian Republik Indonesia
- Pejabat Negara
- Peg. Pemerintah Non PNS
- Pegawai Badan Usaha Milik Negara
- Pegawai Badan Usaha Milik Daerah
- Pegawai Swasta

Pekerja Bukan Penerima Upah

- Pekerja Mandiri
-

Bukan Pekerja

- Penerima Pensiun PNS
- Penerima Pensiun TNI
- Penerima Pensiun Polri
- Penerima Pensiun Pejabat Negara
- Veteran
- Perintis Kemerdekaan
- Investor
- Pemberi Kerja
- Penerima Pensiun Swasta

Pembayaran Iuran Jaminan Kesehatan Melalui Rekening Bank

- Mandiri
- BNI
- BRI
- Lainnya

Petugas Verifikasi :

Tanggal Verifikasi :

Petugas Entry :

IDENTITAS TAMBAHAN ANGGOTA KELUARGA

1 Tambahan Anggota Keluarga ke

1 Nomor Identitas Kependudukan	<input type="text"/>	Foto Peserta Ukuran 3 x 4 cm
2 Nama	<input type="text"/>	
3 Tempat dan Tanggal Lahir	<input type="text"/>	
4 Jenis Kelamin	<input type="checkbox"/> 1 = Laki-Laki; 2 = Perempuan	
5 Jumlah iuran yang dibayar	Rp. <input type="text"/>	
6 Hak Kelas Perawatan yg dipilih	<input type="checkbox"/> 1. Kelas I, 2. Kelas II, 3. Kelas III	
7 Nomor Passport	<input type="text"/>	
8 No.Polis Asuransi Kesehatan *)	<input type="text"/> (isi jika memiliki polis asuransi kesehatan lainnya)	
9 Nama Perusahaan Asuransi	<input type="text"/>	
10 Alamat tempat tinggal	<input type="text"/>	
Desa/Kelurahan	<input type="text"/> RT <input type="text"/> RW <input type="text"/>	
Kecamatan	<input type="text"/> Kode Pos <input type="text"/>	
Kabupaten/Kota	<input type="text"/>	
11 Nama Faskes Tingkat Pertama	<input type="text"/> Kode Faskes <input type="text"/>	
12 Nama Faskes Dokter Gigi	<input type="text"/> Kode Faskes <input type="text"/>	

Verifikasi

2 Tambahan Anggota Keluarga ke

1 Nomor Identitas Kependudukan	<input type="text"/>	Foto Peserta Ukuran 3 x 4 cm
2 Nama	<input type="text"/>	
3 Tempat dan Tanggal Lahir	<input type="text"/>	
4 Jenis Kelamin	<input type="checkbox"/> 1 = Laki-Laki; 2 = Perempuan	
5 Jumlah iuran yang dibayar	Rp. <input type="text"/>	
6 Hak Kelas Perawatan yg dipilih	<input type="checkbox"/> 1. Kelas I, 2. Kelas II, 3. Kelas III	
7 Nomor Passport	<input type="text"/>	
8 No.Polis Asuransi Kesehatan *)	<input type="text"/> (isi jika memiliki polis asuransi kesehatan lainnya)	
9 Nama Perusahaan Asuransi	<input type="text"/>	
10 Alamat tempat tinggal	<input type="text"/>	
Desa/Kelurahan	<input type="text"/> RT <input type="text"/> RW <input type="text"/>	
Kecamatan	<input type="text"/> Kode Pos <input type="text"/>	
Kabupaten/Kota	<input type="text"/>	
11 Nama Faskes Tingkat Pertama	<input type="text"/> Kode Faskes <input type="text"/>	
12 Nama Faskes Dokter Gigi	<input type="text"/> Kode Faskes <input type="text"/>	

Isilah dengan huruf kapital dan mudah dibaca

Yang bertanda tangan dibawah ini bertanggung jawab secara hukum terhadap kebenaran data yang tercantum.

.....201...

Tanda Tangan Peserta

**PETUNJUK PENGISIAN DAN VERIFIKASI
DAFTAR ISIAN PENAMBAHAN ANGGOTA KELUARGA
BADAN PENYELENGGARA JAMINAN SOSIAL KESEHATAN**

Pengisian Daftar Isian penambahan anggota keluarga ini cukup 1 (satu) lembar untuk 1 (satu) keluarga dan agar ditulis dengan jelas, apabila memungkinkan diketik dengan/ditulis dengan tinta hitam dan huruf balok serta beri tanda (v) pada kotak pilihan.

Nomor Register Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan		Diisi oleh petugas BPJS Kesehatan
Petugas Verifikasi : Nama petugas yang melakukan verifikasi		
Tanggal Verifikasi : Tanggal Pelaksanaan verifikasi dilaksanakan		
Petugas Entry : Nama petugas yang melakukan entry data		
Pembayaran iuran jaminan kesehatan	:	Beri tanda (v) pada kotak yang sesuai dengan tempat pembayaran iuran
1. TAMBAHAN ANGGGOTA KELUARGA KE...		
1) NOMOR IDENTITAS KEPENDUDUKAN	:	Isi Nomor Identitas yang tertera pada KTP/Kartu Keluarga,
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) JUMLAH IURAN YANG DIBAYAR	:	Isi sesuai dengan iuran Jaminan kesehatan yang dibayarkan
6) KELAS RAWAT	:	Isi dengan angka sesuai kelas perawatan yang dipilih
7) NOMOR PASSPORT	:	Isi dengan nomor passport yang dimiliki
8) NOMOR POLIS ASURANSI	:	Isi dengan Nomor Polis Asuransi lain yang dimiliki (jika mengikuti program asuransi kesehatan lain)
9) NAMA PERUSAHAAN ASURANSI	:	Isi dengan nama perusahaan penanggung resiko
10) ALAMAT TEMPAT TINGGAL	:	Isi sesuai dengan alamat tempat tinggal saat atau sama dengan tempat tinggal yang tercatat pada KTP
11) NAMA FASKES TINGKAT PERTAMA	:	Isi dengan Nama Puskesmas / Dokter keluarga yang menjadi pilihan
12) NAMA FASKES DOKTER GIGI	:	Isi dengan Nama Dokter Gigi yang menjadi pilihan
2. TAMBAHAN ANGGGOTA KELUARGA KE...		
1) NOMOR IDENTITAS KEPENDUDUKAN	:	Isi Nomor Identitas yang tertera pada KTP/Kartu Keluarga,
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) JUMLAH IURAN YANG DIBAYAR	:	Isi sesuai dengan iuran Jaminan kesehatan yang dibayarkan
6) KELAS RAWAT	:	Isi dengan angka sesuai kelas perawatan yang dipilih
7) NOMOR PASSPORT	:	Isi dengan nomor passport yang dimiliki
8) NOMOR POLIS ASURANSI	:	Isi dengan Nomor Polis Asuransi lain yang dimiliki (jika mengikuti program asuransi kesehatan lain)
9) NAMA PERUSAHAAN ASURANSI	:	Isi dengan nama perusahaan penanggung resiko
10) ALAMAT TEMPAT TINGGAL	:	Isi sesuai dengan alamat tempat tinggal saat atau sama dengan tempat tinggal yang tercatat pada KTP
11) NAMA FASKES TINGKAT PERTAMA	:	Isi dengan Nama Puskesmas / Dokter keluarga yang menjadi pilihan
12) NAMA FASKES DOKTER GIGI	:	Isi dengan Nama Dokter Gigi yang menjadi pilihan