

Hal : 1/2

Nomor Identitas Peserta BPJS Kesehatan
(diisi oleh Petugas BPJS Kesehatan)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Petugas Verifikasi & Tanggal :

Petugas Entri & Tanggal :

Jenis Peserta BPJS Kesehatan

- Pegawai Negeri Sipil Pusat
- Pegawai Negeri Sipil Pusat Diberbantukan
- Pegawai Negeri Sipil Daerah
- Pegawai Negeri Sipil Daerah Diberbantukan
- Pegawai Negeri Sipil di POLRI
- Pegawai Negeri Sipil di Mabes TNI
- Pegawai Negeri Sipil di Kementerian Pertahanan
- Pejabat Negara

- Kepolisian Negara Republik Indonesia (POLRI)
- Tentara Nasional Indonesia Angkatan Darat (TNI AD)
- Tentara Nasional Indonesia Angkatan Laut (TNI AL)
- Tentara Nasional Indonesia Angkatan Udara (TNI AU)
- Pegawai Negeri Sipil di TNI Angkatan Darat (PNS TNI AD)
- Pegawai Negeri Sipil di TNI Angkatan Laut (PNS TNI AL)
- Pegawai Negeri Sipil di TNI Angkatan Udara (PNS TNI AU)
- Pegawai Pemerintah Non Pegawai Negeri (PPNPN)

I. Identitas Peserta

Verifikasi (x)

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 Telepon / Handphone		11. Golongan Darah
12 Alamat e-mail		
13 Alamat Tempat Tinggal		
Kelurahan		Rt / Rw
Kecamatan		/
Kabupaten / Kota		
Provinsi		Kode Pos
	Harap Dicentang Apabila Alamat Tempat Tinggal Sama Dengan Alamat Surat Menyurat	
14 Alamat Surat Menyurat		
Kelurahan		Rt / Rw
Kecamatan		/
Kabupaten / Kota		
Provinsi		Kode Pos
15 Nomor NPWP		

II. Identitas Pekerjaan

1 Nama Instansi / Satker		
2 Nama Instansi Pembayar Gaji		
3 NIP Lama / NRP		
4 NIP Baru / NRP Baru		
5 Golongan	1 = Gol I, 2 = Gol II, 3 = Gol III, 4 = Gol IV	Ruang gaji 1 = A, 2 = B, 3 = C, 4 = D, 5 = E
6 Pangkat (Untuk TNI / POLRI)		
7 Gaji Pokok		
8 TMT Kerja		9 .TMT Golongan
10 Jabatan		
11 Status Pegawai	1 = Tetap, 2 = Kontrak, 3 = Paruh Waktu	

III. Kelas Rawat dan Faskes

1 Kelas Perawatan <i>(diisi oleh Petugas)</i>	1 = Kelas Rawat I, 2 = Kelas Rawat II, 3 = Kelas Rawat III	
2 Nama Faskes Tingkat Pertama		* Diisi Oleh Petugas Kode
3 Nama Faskes Dokter Gigi		Kode
4 No. Polis Asuransi Kesehatan Komersial*)		
5 Nama perusahaan Asuransi		

PETUNJUK PENGISIAN DAN VERIFIKASI
FORMULIR DAFTAR ISIAN PESERTA PEKERJA PENERIMA UPAH PENYELENGGARA NEGARA
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 kapitalserta 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	
Petugas Entri	: Nama Petugas yang melakukan entri	
Tanggal Entri	: Tanggal Pelaksanaan entri	

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 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 yang akan tercetak pada Kartu sesuai nama asli dapat ditambahkan gelar |
| 5 | Jenis Kelamin | : Isi dengan angka sesuai dengan jenis kelamin |
| 6 | Agama | : Isi dengan agama / kepercayaan yang dianut |
| 7 | Tempat Lahir | : Wilayah Kabupaten / Kota tempat kelahiran peserta |
| 8 | Tanggal Lahir | : Tanggal, Bulan dan Tahun kelahiran peserta |
| 9 | Status Pernikahan | : Isi dengan angka sesuai status pernikahan |
| 10 | Nomor Telepon / Handphone | : Isi sesuai dengan nomor kontak yang mudah dihubungi |
| 11 | Alamat Email | : Isi dengan alamat surat elektronik yang dimiliki |
| 12 | Alamat Tempat Tinggal | : Isi sesuai dengan Alamat Tempat Tinggal berdasarkan KTP |
| | Kelurahan | : Isi sesuai dengan Kelurahan berdasarkan KTP |
| | Kecamatan | : Isi sesuai dengan Kecamatan berdasarkan KTP |
| | Kabupaten / Kota | : Isi sesuai dengan Kabupaten / Kota berdasarkan KTP |
| | Provinsi | : Isi sesuai dengan Provinsi berdasarkan KTP |
| | Kode Pos | : Isi sesuai dengan Kode Pos |
| 13 | Alamat Surat Menyurat | : Isi sesuai dengan alamat surat menyurat / tempat tinggal domisili |
| | Kelurahan | : Isi sesuai dengan Kelurahan domisili |
| | Kecamatan | : Isi sesuai dengan Kecamatan domisili |
| | Kabupaten/Kota | : Isi sesuai dengan Kabupaten / Kota domisili |
| | Provinsi | : Isi sesuai dengan Provinsi domisili |
| | Kode Pos | : Isi sesuai dengan Kode Pos |
| 14 | Nomor NPWP | : Isi sesuai dengan Nomor NPWP |

II. IDENTITAS PEKERJAAN

- | | | |
|----|-----------------------------|---|
| 1 | Nama Instansi / Satker | : Isi dengan Nama Instansi / Satuan Kerja |
| 2 | Nama Instansi Pembayar Gaji | : Isi dengan Nama Instansi Pembayar Gaji |
| 3 | NIP Lama / NRP | : Isi dengan NIP Lama / NRP |
| 4 | NIP Baru / NRP | : Isi dengan NIP Baru / NRP |
| 5 | Golongan | : Isi dengan Golongan |
| 6 | Pangkat (Untuk TNI / POLRI) | : Isi dengan Pangkat |
| 7 | Gaji Pokok | : Isi dengan Gaji Pokok dan tunjangan tetap |
| 8 | TMT Kerja | : Isi dengan TMT saat pengangkatan pertama kali |
| 9 | TMT Golongan | : Isi dengan TMT Golongan terakhir |
| 10 | Jabatan | : Isi dengan Jabatan |
| 11 | Status Pegawai | : Isi dengan angka sesuai Status Pegawai |

III. KELAS RAWAT DAN FASKES

- | | | |
|---|------------------------------|--|
| 1 | Kelas Perawatan | : Kelas Rawat diisi sesuai dengan Golongan / Pangkat / Gaji |
| 2 | Nama Faskes Tingkat I | : Isi dengan nama Puskesmas / Klinik / Dokter keluarga yang menjadi pilihan |
| 3 | Nama Faskes Dokter Gigi | : Isi dengan nama Dokter gigi yang menjadi pilihan |
| 4 | No. Polis Asuransi Kesehatan | : Isi dengan nomor polis asuransi kesehatan komersial yang sudah kerjasama |
| 5 | Nama Perusahaan Asuransi | : Isi dengan nama perusahaan asuransi kesehatan komersial yang sudah kerjasama |

IV ANGGOTA KELUARGA

1	Nama Suami / Istri	:	diisi nama suami atau istri
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 / NRP	:	Isi dengan Nomor BPJS Kesehatan / NIP / NRP / NPP jika suami istri pegawai
5	Tempat Lahir	:	Wilayah Kabupaten / Kota tempat kelahiran peserta
6	Tanggal Lahir	:	Tanggal, Bulan dan Tahun kelahiran peserta
7	Nomor Telepon / <i>Handphone</i>	:	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	No. Polis Asuransi Kesehatan Komersial	:	Isi dengan nomor polis asuransi kesehatan komersial yang sudah kerjasama
11	Nama Perusahaan Asuransi	:	Isi dengan nama perusahaan asuransi kesehatan komersial yang sudah kerjasama
Anak I			
1	Nama Anak	:	diisi nama anak ke satu sesuai dengan daftar tunjangan
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 Kabupaten / Kota tempat kelahiran peserta
5	Tanggal Lahir	:	Tanggal, Bulan dan Tahun kelahiran peserta
6	Nomor Telepon / <i>Handphone</i>	:	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 Surat Kuliah	:	isi nomor surat keterangan kuliah jika masih kuliah
10	Tanggal Surat Kuliah	:	isi tanggal nomor surat keterangan kuliah jika masih kuliah
11	No. Polis Asuransi Kesehatan Komersial	:	Isi dengan nomor polis asuransi kesehatan komersial yang sudah kerjasama
12	Nama Perusahaan Asuransi	:	Isi dengan nama perusahaan asuransi kesehatan komersial yang sudah kerjasama
Anak II			
1	Nama Anak	:	diisi nama anak ke kedua
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 / <i>Handphone</i>	:	Isi nomor telepon / <i>handphone</i>
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 Surat Kuliah	:	Isi nomor surat keterangan kuliah jika masih kuliah
10	Tanggal Surat Kuliah	:	Isi tanggal nomor surat keterangan kuliah jika masih kuliah
11	No. Polis Asuransi Kesehatan Komersial	:	Isi nomor polis Asuransi komersial yang sudah kerjasama dengan BPJS
12	Nama Perusahaan Asuransi	:	Isi nama perusahaan asuransi komersial yang sudah kerjasama dengan BPJS
Anak III			
1	Nama Anak	:	diisi nama anak ke tiga
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 / <i>Handphone</i>	:	Isi nomor telepon / <i>handphone</i>
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 Surat Kuliah	:	Isi nomor surat keterangan kuliah jika masih kuliah
10	Tanggal Surat Kuliah	:	Isi tanggal nomor surat keterangan kuliah jika masih kuliah
11	No. Polis Asuransi Kesehatan Komersial	:	Isi nomor polis Asuransi komersial yang sudah kerjasama dengan BPJS
12	Nama Perusahaan Asuransi	:	Isi nama perusahaan asuransi komersial yang sudah kerjasama dengan BPJS