BPJS Kesehat	an Sosial			ВА	DAN F		ERTA	PEKE	RJA PI	ENERI	MA U	IPAH										Foi	mulir 4 PPU	3	
mor Identitas Peserta BPJS Kesehatan				Г	Г																				
ma Peserta				\vdash	₩	 												+	-						
Petugas Verifikasi & Tanggal:			_	_								Petug	as Entr	& Tar	nggal:	- 1									
nis Peserta							l Dan		: DI II	N A N I															
Pegawai Negeri Sipil Pusat Pegawai Negeri Sipil Daerah							Peg		i BUI							oayara			inan ı	Kesen	atan				
Tentara Nasional Indonesia						<u> </u>			i Swa							lui Rel Man		_. Г		3RI			BTN		
Kepolisian Negara Republik Ir	ndonoci	ia							merii		Non	DNIG	2			BNI	uli i	F	_		ya		БП		
	10011631	a				<u> </u>	i				INOII	IIN	3			ואום		L	—'	-ann	ya				
Pejabat Negara						<u> </u>	Laii	iiiya																	_
Anggota Keluarga																									
Penambahan Keluarga Inti : Suar	<mark>mi, Is</mark> tri	i <mark>, A</mark> n	ak ke	1,2,3	}	_																			_
1 Status keluarga inti	1.9	Suami	i	2. Ist	ri		3. An	ak ke	satu			4. An	nak ke	dua		į	5. Ana	k ke tig	ja						
2 Nama					<u> </u>																				
3 NIK/ KITAS/ KITAP					<u> </u>													4.Jenis	Kela	min =l	_/P				
5 Nomor BPJS Kesehatan/NIP/NPP																		*Diisi	iika su	ıami/is	tri peg	awai	1		
6 Tempat Lahir					<u> </u>								7.Tç	gl. Lahir											
8 Nomor Telepon/Handphone		\perp			<u> </u>								1										1		_
9 Nama Faskes Tingkat Pertama		4		<u> </u>	↓								Kod	le											_
10 Faskes Dokter Gigi		4	4	lacksquare	<u> </u>	<u> </u>							Kod												_
11 Nomor Surat Keterangan Kuliah **)		4	4	<u> </u>	₩	<u> </u>							12.1	gl. Sura	ıt		-			•					_
13 No.Polis Asuransi Kesehatan *)		4	4	lacksquare	₩	<u> </u>										warga	-	aan	L		1=WN	I,2=WN	A		_
4 Nama perusahaan Asuransi				<u> Ш</u>	<u> </u>										16.Ke	bangs	aan								_
Penambahan keluarga tambahan	ı anak l	ke 4	dan s	eter	<mark>usny</mark>	a, O	rang	tua	/ Me	ertua	ı														
1 Status keluarga tambahan	1.	Anak	ke			2.Aya	ah Kan	dung			3. Ibu	ı kand	lung			4. Aya	h mert	ua	Ī		5. Ibu I	Mertua			٦
2 Nama																									
3 NIK/ KITAS/ KITAP																		4.Je	enis K	elamin	=L/P				
5 Tempat Lahir													6.Tg	gl. Lahir			-								
7 Nomor Telepon/Handphone					<u> </u>																				
8 Nama Faskes Tingkat Pertama														Kode											
9 Faskes Dokter Gigi														Kode]			
10 Besaran iuran	1 sa	tu per	rsen dari	gaji Rp).							2	2	Nomi	nal ses	suai kel	as:1/	II/III R	p						
11 No.Polis Asuransi Kesehatan Komersial*)		_			<u> </u>								13.Kewarganegaraan : 1=WNI,2=WNA							1		_			
12 Nama perusahaan Asuransi	Щ	丄	ᆚ	L	<u></u>	<u>L</u>								<u> </u>	14.Ke	bangs	aan	:.							_
				P	ers	etu	iuar	ı (<i>lı</i>	nfor	rme	d C	ons	ser	nt)											
Pengguna Layanan Pendaftaran BPJS Kesehata penggunaan Layanan Pendaftaran BPJS Keseh Mengisi dan memberikan data dengan benar dar	an harus n atan	memilil	ki usia ya	ang cul	kup sed			_																akibat	_
3 Mendaftarkan diri dan anggota keluarganya men4 Menjaga identitas peserta (Kartu BPJS Kesehata	njadi peser an atau e l	rta BP ID) ag	JS Kesel jar tidak r	hatan. usak, l	hilang a						-	berha	ak												
Melaporkan kehilangan dan kerusakan identitas Melaporkan perubahan status data peserta dan a Peserta dilakukan selambat-lambatnya 7 (tujuh)	anggota k	eluarg	ga, perub	ahan y	yang di	imaksu	ıd adal	lah pe				eseha	itan, s	susunan	kelua	rga/jum	ılah pe	eserta,	dan ar	nggota	keluarg	ja tamba	ahan. Pe	rubahan d	ata
7 Menyetujui bahwa iuran yang dibayarkan tidak d	ikembalika	an sek	calipun be	elum m	nendap	atkan	manfa	at pela	ayanaı	n kese	hatan	dan iu	uran t	ersebut	sudah	n diikhla	skan	untuk n	nenolo	ng pe	serta lai	n yang t	erkena r	nusibah.	
Memberikan kuasa kepada BPJS Kesehatan unt Pembiayaan operasional penyelenggaraan prog				nat mil	ik selu	ıruh Pe	eserta	yang	merup	akan I	himpu	nan iu	ıran b	eserta h	asil pe	engemb	oangai	nnya ui	ntuk pe	embay	aran ma	anfaat k	epada Pe	serta dan	
Saya menerima dan menyetujui Syarat da	an Ketentu	uan la	yanan pe	endafta	ran BF	°JS Ke	esehata	an																	
			<u> </u>																	,			201		
1 1 1			1															(١		

Tanda Tangan Peserta

PETUNJUK PENGISIAN DAN VERIFIKASI FORMULIR PENAMBAHAN ANGGOTA KELUARGA 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 BPJS : Isi nomor Identitas yang dimiliki oleh Peserta

Nama Peserta : Isi dengan nama Peserta

Tanggal Pelaksanaan verifikasi

Tanggal Verifikasi : dilaksanakan

Petugas Verifikasi & Nama Petugas yang melakukan verifikasi disi oleh petugas BPJS Kesehatan

Tanggal : & Tanggal pelaksanaan verifikasi

Nama Petugas yang melakukan entry &

Petugas entry & tanggal : tanggal pelaksanan entri

Jenis Peserta BPJS Kesehatan : Beri tanda ($\sqrt{}$) pada kotak yang sesuai dengan jenis kepesertaan Pembayaran iuran jaminan kesehatan : Beri tanda ($\sqrt{}$) pada kotak yang sesuai dengan jenis kepesertaan

Anggota Keluarga Penambahan Keluarga Inti : Suami, Istri, Anak ke 1,2,3

1 Status keluarga inti : Beri tanda ($\sqrt{}$) pada kotak yang sesuai dengan status keluarga inti

2 Nama sesuai dengan nama yang tercantum dalam KTP

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

mengisi Nomor KITAS/KITAP

4 Jenis Kelamin
5 Nomor BPJS Kesehatan/NIP/NPP
6 Tempat lahir
7 Tanggal Lahir
Isi dengan angka sesuai dengan jenis kelamin
isi dengan angka jika suami/istri adalah pegawai
Wilayah Kab/Kota tempat kelahiran peserta
Tanggal bulan dan tahun kelahiran peserta

8 Nomor Telepon/Handphone : Isi sesuai dengan nomor kontak yang mudah dihubungi

9 Nama Faskes Tingkat Pertama : Isi dengan nama Puskesmas/Klinik/ Dokter keluarga yang menjadi pilihan

10 Nama Faskes Dokter Gigi : Isi dengan nama Dokter gigi yang menjadi pilihan

isi dengan nomor surat keterangan kuliah untuk anak yang berusia 21 tahun sampai dengan 25 tahun

11 Nomor surat keterangan kuliah : yang masih menempuh pendidikan formal

12 tanggal surat : isi dengan tanggal sesuai tercantum pada surat keterangan kuliah

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

14 Nama Perusahaan Asuransi : Isi dengan nama perusahaan penanggung risiko

15 Kewarganegaraan : Isi dengan angka sesuai dengan status kewarganegaraan dan tulis asal kebangsaan

16 Kebangsaan : isi sesuai dengan kebangsaan

Penambahan keluarga tambahan anak ke 4 dan seterusnya, Orang tua/Mertua

1 Status keluarga inti : Beri tanda ($\sqrt{}$) pada kotak yang sesuai dengan status keluarga inti

2 Nama : Nama sesuai dengan nama yang tercantum dalam KTP

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

mengisi Nomor KITAS/KITAP

4 Jenis Kelamin
5 Tempat lahir
6 Tanggal Lahir
1 Si dengan angka sesuai dengan jenis kelamin
5 Wilayah Kab/Kota tempat kelahiran peserta
6 Tanggal bulan dan tahun kelahiran peserta

7 Nomor Telepon/Handphone : 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 Besaran iuran : Beri tanda ($\sqrt{}$) pada kotak yang sesuai serta tuliskan nominal besaran iuran

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

12 Nama Perusahaan Asuransi : Isi dengan nama perusahaan penanggung risiko

13 Kewarganegaraan : Isi dengan angka sesuai dengan status kewarganegaraan dan tulis asal kebangsaan

14 Kebangsaan : isi sesuai dengan kebangsaan