FORMULIR DAFTAR ISIAN PESERTA

PEKERJA PENERIMA UPAH,PENERIMA PENSIUN PNS/PEJABAT NEGARA/ TNI/POLRI, VETERAN DAN PERINTIS KEMERDEKAAN

Formulir 1

(A) DIJS NESCHALAN	PENERIMA PENSIUN PNS/PEJABAT NEGARA/ TNI/POLRI, VETERAN DAN PERINTIS KEMERDEKAAN ENYELENGGARA JAMINAN SOSIAL KESEHATAN	
Nomor Register Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (diisi oleh petugas BPJS-Kesehatan)		
Petugas Verifikasi : Tanggal Verifikia	iasi : Petugas Entry :	
DIISI QLE	EH CALON PESERTA	
Pekerja Penerima Upah Pegawai Negeri Sipil (PNS) Pusat PNS Pusat diperbantukan BUMN/BUMD dan Badan Lainnya Pegawai Negeri Sipil Daerah PNS Daerah diperbantukan pada 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 Swasta	Bukan Pekerja Penerima Pensiun PNS Penerima Pensiun TNI Penerima Pensiun Polri Penerima Pensiun Pejabat Negara Perintis Kemerdekaan Veteran	atan ,
		Verifikasi
Alamat tempat tinggal Desa/Kelurahan Kecamatan Kabupaten/Kota Nomor Telpon Alamat Email Nama Instansi/Badan/Perusahaan a.* PNS, Pejabat Negara, Penerima Pensiun PNS, Penerima Pensiu NIP / No. Pensiun Golongan TMT Kerja Masa Kerja Golongan b.* Anggota TNI / Polri dan Penerima Pensiun TNI/Polri NRP / No. Pensiun Pangkat TMT Kerja / Pensiun c.* Pegawai Pemerintah Non PNS	awin; 3=Janda; 4= Duda RT	
Nomor Pegawai TMT Kerja d Pegawai BUMN/BUMD, Pegawai Swasta Badan Usaha Lainnya Nomor Pegawai Jabatan	dengan - status Gaji : Rp. dengan - status kepega walan	
Status Pegawai 1 = Tetap; 2 = Kont TMT Kerja	ntrak; 3 = Paruh Waktu Kelas Rawat : 1. Kelas I, 2. Kelas II, 3 Kelas III Rp.	
1 Satuan Kerja Pembayar Gaji	Kebangsaan (isi jika memiliki polis asuransi kesehatan lainnya) Kode Faskes Kode Faskes	

2 IDENTITAS SUAMI - ISTERI							- X	
a. NIK / KITAS / KITAP	111					1 1 1 1		
b. NIP / NRP / NPP								
c. Nama						- - - 		
d. Tempat dan Tanggal Lahir	\Box							<u> </u>
e. Jenis Kelamin	1	= Laki-Laki	2 Perempuan	NPWP:		++ ++		
f. Nomor Passport	Hi					++++		
g. No.Polis Asuransi Kesehatan *)	\vdash	++		++++				
h. Nama perusahaan Asuransi	-		++-	+++		sı jika memiliki polis asur I I I I	ansi kesehatan lainnya)	
	\vdash	++	++-+					
i. Nama Faskes Tingkat Pertama					Kode F			
j. Nama Faskes Dokter Gığı			\bot \bot \bot \bot		Kode F	askes		
3 IDENTITAS ANAK					3 2 3 1			
Anak Pertama								100
	T F T	T E	T F 3 F	F 1 F 1				
a. NIK / KITAS / KITAP			+					
b. Nama Anak Pertama			++++					
c. Tempat dan Tanggal Lahir							(36)	
d. Jenis Kelamin		= Laki-Laki;	2 Perempuan	NPWP:				
e. Nomor Passport								
f. No.Polis Asuransi Kesehatan *)					(is	i jika memiliki polis asura	ansi kesehatan lainnya)	
g. Nama perusahaan Asuransi						1111		
h. Nama Faskes Tingkat Pertama					Kode Fas	skes		
i. Nama Faskes Dokter Gigi					Kode Fas			
Anak Kedua				V2200000000000000000000000000000000000		ener stage, contact or select of		
a. NIK / KITAS / KITAP	1 1 1	1 1	1 1 1 1	TITI	9 7 6			
b. Nama Anak Kedua	H		 			1 1 1 1	î î rara	
	++	+ +-	++++			+		
c. Tempat dan Tanggal Lahir					<u> </u>			
d. Jenis Kelamin	Щ ,1.	= Laki-Laki;	2 Perempuan	NPWP:				
e. Nomor Passport								
f. No.Polis Asuransi Kesehatan *)					(is	si jika memiliki polis asur	ansi kesehatan lainnya)	
g. Nama perusahaan Asuransi								
h. Nama Faskes Tingkat Pertama					Kode Fas	skes		
i. Nama Faskes Dokter Gigi					Kode Fas	skes		
Anak Ketiga	W 1525 W	20 20						
a. NIK / KITAS / KITAP					1 1 1			
b. Nama Anak Ketiga						1111		\vdash
c. Tempat dan Tanggal Lahir	1 - 111 1						1.1111	
d. Jenis Kelamin	1:	Laki-Laki;	2 Perempuan	NPWP :		+		
e. Nomor Passport	\Box	I II						
f. No.Polis Asuransi Kesehatan *)					lic	i iika mamiliki nalis aa sa		
g. Nama perusahaan Asuransi		1	++++		(IS	i jika memiliki polis asura	insi kesenatan lainnya) 	
h. Nama Faskes Tingkat Pertama	\vdash	+ +-			<u> </u>			
i. Nama Faskes Dokter Gigi		+			Kode Fas			
i. Nama raskes Dokter Gigi				4411	Kode Fas	kes		
Isilah dengan huruf kapital dan mudal	n dibaca							
Yang bertanda tangan dibawah ini bertar	nggung jawal	secara hu	ıkum terhadap kel	benaran data yang ter	cantum.			
							AMERICAN ADDRESS AND ADDRESS A	. 201.,
							Tanda Tangan Peserta	
				10-10-10				
Foto Fot	200000000000000000000000000000000000000		Foto	Foto		Foto		
Peserta Isterl/S Ukuran 3 x 4 cm Ukuran 3	0.000		lnak ke 1	Anak ke 2	\$6660000000000000000000000000000000000	nak ke 3		
Ukuran 3 x 4 cm Ukuran 3	5 x 4 cm	Uku	ran 3 x 4 cm	Ukuran 3 x 4 cm	Ukur	an 3 x 4 cm	()
			G0000000000000000000000000000000000000					
								-
		416 770		2 2				

PETUNJUK PENGISIAN DAN VERIFIKASI

DAFTAR ISIAN REGISTRASI PESERTA PEKERJA PENERIMA UPAH, PENERIMA PENSIUN PNS/PEJABAT NEGARA/TNI/POLRI, 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.

Nomer Register Radan Repyelenggara Jaminan	Conin	I Kasahatan	
Nomor Register Badan Penyelenggara Jaminan			
Petugas Verifikasi : Nama petugas yang melaku			Diisi oleh petugas BPJS Kesehatan
Tanggal Verifikasi : Tanggal Pelaksanaan verifik			bilai bien petugas brita kesenatan
Petugas Entry : Nama petugas yang melaku	ıkan e		
JENIS PESERTA BPJS Kesehatan		Beri tanda (V) pada kotak yang sesua	i dengan jenis kepesertaan.
Pembayaran iuran jaminan kesehatan	1	Beri tanda (v) pada kotak yang sesua	
I. IDENTITAS PESERTA	-177	the state of the s	
1. NOMOR KARTU KELUARGA	:	Isi nomor kartu keluarga yang tertera	nada kartu keluarga
2. NIK / KITAS / KITAP	1:	Isi Nomor Identitas yang tertera na	da KTP/Kartu Keluarga, dan bagi Warg
Section Services to Participate of the April Section Section (1997)	1	Negara Asing mengisi nomor regist	er yang tercatat pada Kartu Ijin Tingg
		Sementara / Kartu liin Totan	er yang tercatat pada kartu ijin Tingg
3. NAMA LENGKAP	10.00	Sementara / Kartu Ijin Tetap	
3. NAIVIA LENGKAP	:	Nama sesual dengan nama yang te	ercantum dalam SK Pengangkatan / S
4 7514047 044 744 0044 4440	-	Pensiun / Kartu Tanda Penduduk elel	
4. TEMPAT DAN TANGGAL LAHIR	ļ:	Wilayah Kab/Kota tempat serta tang	ggal, bulan dan tahun kelahiran
5. JENIS KELAMIN	1:	Isi dengan angka sesuai dengan jenis	s kelamin
6. STATUS PERNIKAHAN	1.0	Isi dengan angka sesuai dengan statu	is nornikahan
7. ALAMAT TEMPAT TINGGAL	1	lsi sosupi dangan alamat tanant ti	is perilikarian
7. ADAMAT TEMPAT HINOGAL	.8	isi sesuai dengan alamat tempat tir	nggal saat ini atau tempat tinggal ya
9 NOMOR TELDON / NO. 115		tercatat pada KTP	
8. NOMOR TELPON / NO. HP	:	Isi sesuai dengan nomor kontak yang	mudah dihubungi
9. ALAMAT EMAIL	18	Isi alamat surat elektronik yang dimil	
10. NAMA INSTANSI/BADAN/PERUSAHAAN	:	Nama Instansi/Badan/Perusahaan te	mpat bekerja
a. PNS, Pejabat Negara dan Pensiunan			
 NIP / NOMOR PENSIUN 	:	Isi dengan NIP sesuai SK Terakhir b	agi PNS aktif atau Nomor Pensiun ba
		Pensiunan PNS, dan apabila Suami	Isteri sebagai PNS dan atau Penerin
		Pensiun mencantumkan NIP sebagai	DNS/Densiuman
- Golongan	7.0	Isi dengan pilihan angka sesuai denga	on colongen total bis
- Ruang	10.40	lai dengan pilihan angka sesuai denga	an golongan teraknir
		Isi dengan pilihan angka sesuai denga	an golongan ruang terakhir
- TMT Kerja / Pensiun	:	Isi sesuai dengan Tanggal peneta	apan awal sebagai PNS atau tangg
		penetapan awal sebagai penerima pe	
 Masa Kerja Golongan 	:	Isi masa kerja golongan sesuai denga	n SK Terakhir
- Gaji Pokok /Pokok Pensiun	1:	Isi Penerimaan gaji/pokok pensiun te	rbaru
b. Anggota TNI/POLRI & Pensiunan			
 NRP / NOMOR PENSIUN 	:	Isi dengan NRP sesuai SK Terakhir h	oagi TNI/Polri atau Nomor Pensiun ba
	1888	Pensiunan TNI/POLRI dan anabila S	uami Isteri sebagai TNI/POLRI/ PNS da
		atau Penerima Pensiun mencantumk	an MD MDD
- Pangkat			all NIP/NRP.
- TMT Kerja/Pensiun		Isi dengan kepangkatan terakhir	
- Tivit Kerja/Pensiun		isi sesuai dengan Tanggal penetapa	n awal sebagai TNI/POLRI atau tangg
		penetapan awal sebagai penerima pe	ensiun TNI/POLRI
- Gaji Pokok /Pokok Pensiun		Isi Penerimaan gaji/pokok pensiun te	rbaru
c. PEGAWAI PEMERINTAH NON PNS		200 M	
 NIP / SK Pengangkatan 	:	Isi dengan NIP atau No SK Pengangka	tan
- Golongan	:	Isi dengan pilihan angka sesuai denga	
- Kelas Perawatan	;	Isi dengan angka sesuai dengan hak k	celas perawatan yang dinilih
- TMT Kerja		Isi tanggal pada Surat Keputusan per	netanan sebagai negawai
- Gaji Pokok		Isi Penerimaan gaji/pokok pensiun te	recapan sebagai pegawai
d. PEGAWAI BUMN/BUMD,SWASTA	3.5	ion and maan gaji/pokok pensiun te	ibaiu
- NPP	lin.	Islandian No.	34
- NPP - Jabatan	:	Isi sesuai dengan Nomor Pokok Pega	
		lsi sesuai dengan grade/jabatan terak	khir
- Status Pegawai	1	lsi dengan angka sesuai dengan statu	s kepegawaian
- Kelas Perawatan	:	Isi dengan angka sesuai dengan hak k	
 Gaji Pokok /Pokok Pensiun 	1	Isi dengan angka sesuai dengan hak r	
e. VETERAN			
- SKEP Gelar Kehormatan		Isi No. SKEP Gelar kehormatan Vetera	an dari Kementerian Portahanan
f. PERINTIS KEMERDEKAAN		weight veter	an dan Rememberian reitalialian
- SKEP Perintis Kemerdekaan		Isi No SKED Parintis Komandakan	ni Kanaantanian Carit
	-	Isi No.SKEP Perintis Kemerdekaan da	
11. Satuan Kerja Pembayar Gaji		Isi dengan satuan kerja yang membay	
12. KEWARGANEGARAAN	1	lsi dengan pilihan angka sesuai de	engan status kewarganegaraan dan
		dengan kebangsaan bagi warga Nega	ra asing
13. NOMOR PASSPORT	1	Isi dengan nomor passport yang dimi	
14. NOMOR POLIS ASURANSI KESEHATAN	:	Isi dengan Nomor Polis Asuransi lain	
15. NAMA PERUSAHAAN ASURANSI		Isi dengan nama perusahaan penangg	
		io. acrigan nama perusanaan penangg	Rank Leziko

16. NW\7		:	Isi dengan nomor wajib pajak yang dimiliki
17. NAMA	A FASKES TINGKAT PERTAMA	:	Isi dengan Nama Puskesmas / Dokter keluarga yang menjadi pilihan
18. NAMA	A FASKES DOKTER GIGI	1	Isi dengan Nama Dokter Gigi yang menjadi pilihan
. IDENT	TTAS SUAMI – ISTERI		g and the state of
a. N	IIK / KITAS / KITAP	1:	Isi Nomor Identitas yang tertera pada KTP/Kartu Keluarga, dan bagi Warg
			Negara Asing mengisi nomor register yang tercatat pada Kartu Ijin Tinggi
			Sementara / Kartu Ijin Tetap
b. N	IIP / NRP / NPP	:	Isi dengan NRP sesuai SK Terakhir bagi TNI/Polri atau Nomor Pensiun bag
	Millione Williams 2004 175 Rent (1945-2014)	10000	Pensiunan TNI/POLRI.
c. N	IAMA	:	Nama sesuai dengan nama yang tercantum dalam SK Pengangkatan / S
180 190		0.406	Pensiun / Kartu Tanda Penduduk elektronik
d. T	EMPAT DAN TANGGAL LAHIR	1:	
	ENIS KELAMIN	_	Wilayah Kab/Kota tempat serta tanggal, bulan dan tahun kelahiran peserta
	I P W P	-1:	lsi dengan angka sesuai dengan jenis kelamin
		1:	Isi dengan nomor wajib pajak yang dimiliki
-	IOMOR PASSPORT	:	Isi dengan nomor passport yang dimiliki
h. N	IOMOR POLIS ASURANSI	:	lsi dengan Nomor Polis Asuransi lain yang dimiliki (jika mengikuti programasuransi kesehatan lain)
i. N	IAMA PERUSAHAAN ASURANSI		Isi dengan nama perusahaan penanggung resiko(jika mengikuti prograr
			asuransi kesehatan lain)
j. N	IAMA FASKES TINGKAT PERTAMA	:	Isi dengan Nama Puskesmas / Dokter keluarga yang menjadi pilihan
k. N	IAMA FASKES DOKTER GIGI		Isi dengan Nama Dokter Gigi yang menjadi pilihan
			garante pointer engly yang menjadi pilinan
I. IDENT	TITAS ANAK		
	AK PERTAMA		
10.0000.0000.0000.0	IK / KITAS / KITAP		Isi Nomor Identitas yang tertera pada KTP/Kartu Keluarga, dan bagi Warg
100000	m, mino, min		Negara Asing mangisi namer register years to see the second warg
			Negara Asing mengisi nomor register yang tercatat pada Kartu Ijin Tinggi
b. N	AMA ANAK PERTAMA	-	Sementara / Kartu Ijin Tetap
D. 1V.	AIVIA AIVAN FENTAIVIA		Nama anak pertama yang ditanggung sesuai dengan urutan pertama yan
- TI	EMPAT DAN TANCCAL LAUR		tercatat pada Kartu Keluarga
200	EMPAT DAN TANGGAL LAHIR	- ;	Wilayah Kab/Kota tempat serta tanggal, bulan dan tahun kelahiran peserta
	NIS KELAMIN		Isi dengan angka sesuai dengan jenis kelamin
	PWP	:	Isi dengan nomor wajib pajak yang dimiliki
	OMOR PASSPORT	;	Isi dengan nomor passport yang dimiliki
	OMOR POLIS ASURANSI		Isi dengan Nomor Polis Asuransi lain yang dimiliki
h. N.	AMA PERUSAHAAN ASURANSI		Isi dengan nama perusahaan penanggung
i. N.	AMA FASKES TINGKAT PERTAMA	:	Isi dengan Nama Puskesmas / Dokter keluarga yang menjadi pilihan
j. N.	AMA FASKES DOKTER GIGI	:	Isi dengan Nama Dokter Gigi yang menjadi pilihan
2. ANA	AK KEDUA		
a. N	IK / KITAS / KITAP	:	Isi Nomor Identitas yang tertera pada KTP/Kartu Keluarga, dan bagi Warg
			Negara Asing mengisi nomor register yang tercatat pada Kartu Ijin Tingga
			Sementara / Kartu Ijin Tetap
b. N	AMA ANAK KEDUA	:	Nama anak pertama yang ditanggung sesuai dengan urutan pertama yan
			tercatat pada Kartu Keluarga
c. TE	EMPAT DAN TANGGAL LAHIR		
24.01		:	Wilayah Kab/Kota tempat serta tanggal, bulan dan tahun kelahiran peserta
d. JE	NIS KELAMIN	:	Wilayah Kab/Kota tempat serta tanggal, bulan dan tahun kelahiran peserta Isi dengan angka sesuai dengan jenis kelamin
d. JE e. N	NIS KELAMIN P W P	:	Wilayah Kab/Kota tempat serta tanggal, bulan dan tahun kelahiran peserta Isi dengan angka sesuai dengan jenis kelamin Isi dengan nomor wajib pajak yang dimiliki
d. JE e. N f. N	NIS KELAMIN P W P OMOR PASSPORT	:	Wilayah Kab/Kota tempat serta tanggal, bulan dan tahun kelahiran peserta Isi dengan angka sesuai dengan jenis kelamin Isi dengan nomor wajib pajak yang dimiliki Isi dengan nomor passport yang dimiliki
d. JE e. N f. Ne g. Ne	NIS KELAMIN PWP OMOR PASSPORT OMOR POLIS ASURANSI	:	Wilayah Kab/Kota tempat serta tanggal, bulan dan tahun kelahiran peserta Isi dengan angka sesuai dengan jenis kelamin Isi dengan nomor wajib pajak yang dimiliki Isi dengan nomor passport yang dimiliki Isi dengan Nomor Polis Asuransi lain yang dimiliki
d, JE e. N f. No g. No h. No	NIS KELAMIN PWP OMOR PASSPORT OMOR POLIS ASURANSI AMA PERUSAHAAN ASURANSI	:	Wilayah Kab/Kota tempat serta tanggal, bulan dan tahun kelahiran peserta Isi dengan angka sesuai dengan jenis kelamin Isi dengan nomor wajib pajak yang dimiliki Isi dengan nomor passport yang dimiliki Isi dengan Nomor Polis Asuransi lain yang dimiliki Isi dengan nama perusahaan penanggung
d. JE e. N f. Ne g. Ne h. No	NIS KELAMIN P W P OMOR PASSPORT OMOR POLIS ASURANSI AMA PERUSAHAAN ASURANSI AMA FASKES TINGKAT PERTAMA	:	Wilayah Kab/Kota tempat serta tanggal, bulan dan tahun kelahiran peserta Isi dengan angka sesuai dengan jenis kelamin Isi dengan nomor wajib pajak yang dimiliki Isi dengan nomor passport yang dimiliki Isi dengan Nomor Polis Asuransi lain yang dimiliki Isi dengan nama perusahaan penanggung Isi dengan Nama Puskesmas / Dokter keluarga yang menjadi pilihan
d. JE e. N f. Ne g. Ne h. No	NIS KELAMIN PWP OMOR PASSPORT OMOR POLIS ASURANSI AMA PERUSAHAAN ASURANSI	:	Wilayah Kab/Kota tempat serta tanggal, bulan dan tahun kelahiran peserta Isi dengan angka sesuai dengan jenis kelamin Isi dengan nomor wajib pajak yang dimiliki Isi dengan nomor passport yang dimiliki Isi dengan Nomor Polis Asuransi lain yang dimiliki Isi dengan nama perusahaan penanggung
d. JE e. N f. Ni g. Ni h. Ni j. Ni	NIS KELAMIN P W P OMOR PASSPORT OMOR POLIS ASURANSI AMA PERUSAHAAN ASURANSI AMA FASKES TINGKAT PERTAMA AMA FASKES DOKTER GIGI	:	Wilayah Kab/Kota tempat serta tanggal, bulan dan tahun kelahiran peserta Isi dengan angka sesuai dengan jenis kelamin Isi dengan nomor wajib pajak yang dimiliki Isi dengan nomor passport yang dimiliki Isi dengan Nomor Polis Asuransi lain yang dimiliki Isi dengan nama perusahaan penanggung Isi dengan Nama Puskesmas / Dokter keluarga yang menjadi pilihan
d. JE e. N f. Ni g. Ni h. Ni i. Ni j. Ni	INIS KELAMIN P W P OMOR PASSPORT OMOR POLIS ASURANSI AMA PERUSAHAAN ASURANSI AMA FASKES TINGKAT PERTAMA AMA FASKES DOKTER GIGI	:	Wilayah Kab/Kota tempat serta tanggal, bulan dan tahun kelahiran peserta Isi dengan angka sesuai dengan jenis kelamin Isi dengan nomor wajib pajak yang dimiliki Isi dengan nomor passport yang dimiliki Isi dengan Nomor Polis Asuransi lain yang dimiliki Isi dengan nama perusahaan penanggung Isi dengan Nama Puskesmas / Dokter keluarga yang menjadi pilihan Isi dengan Nama Dokter Gigi yang menjadi pilihan
d. JE e. N f. Ni g. Ni h. Ni i. Ni j. Ni	NIS KELAMIN P W P OMOR PASSPORT OMOR POLIS ASURANSI AMA PERUSAHAAN ASURANSI AMA FASKES TINGKAT PERTAMA AMA FASKES DOKTER GIGI	:	Wilayah Kab/Kota tempat serta tanggal, bulan dan tahun kelahiran peserta Isi dengan angka sesuai dengan jenis kelamin Isi dengan nomor wajib pajak yang dimiliki Isi dengan nomor passport yang dimiliki Isi dengan Nomor Polis Asuransi lain yang dimiliki Isi dengan nama perusahaan penanggung Isi dengan Nama Puskesmas / Dokter keluarga yang menjadi pilihan Isi dengan Nama Dokter Gigi yang menjadi pilihan Isi Nomor Identitas yang tertera pada KTP/Kartu Keluarga, dan bagi Warg
d. JE e. N f. Ni g. Ni h. Ni i. Ni j. Ni	INIS KELAMIN P W P OMOR PASSPORT OMOR POLIS ASURANSI AMA PERUSAHAAN ASURANSI AMA FASKES TINGKAT PERTAMA AMA FASKES DOKTER GIGI	:	Wilayah Kab/Kota tempat serta tanggal, bulan dan tahun kelahiran peserta isi dengan angka sesuai dengan jenis kelamin Isi dengan nomor wajib pajak yang dimiliki Isi dengan nomor passport yang dimiliki Isi dengan Nomor Polis Asuransi lain yang dimiliki Isi dengan nama perusahaan penanggung Isi dengan Nama Puskesmas / Dokter keluarga yang menjadi pilihan Isi dengan Nama Dokter Gigi yang menjadi pilihan Isi Nomor Identitas yang tertera pada KTP/Kartu Keluarga, dan bagi Warg Negara Asing mengisi nomor register yang tercatat pada Kartu Ijin Tingga
d. JE e. N f. Ni g. Ni h. Ni j. Ni 3. ANA a. NI	INIS KELAMIN P W P OMOR PASSPORT OMOR POLIS ASURANSI AMA PERUSAHAAN ASURANSI AMA FASKES TINGKAT PERTAMA AMA FASKES DOKTER GIGI KK KETIGA IK / KITAS / KITAP	:	Wilayah Kab/Kota tempat serta tanggal, bulan dan tahun kelahiran peserta Isi dengan angka sesuai dengan jenis kelamin Isi dengan nomor wajib pajak yang dimiliki Isi dengan nomor passport yang dimiliki Isi dengan Nomor Polis Asuransi lain yang dimiliki Isi dengan nama perusahaan penanggung Isi dengan Nama Puskesmas / Dokter keluarga yang menjadi pilihan Isi dengan Nama Dokter Gigi yang menjadi pilihan Isi Nomor Identitas yang tertera pada KTP/Kartu Keluarga, dan bagi Warg Negara Asing mengisi nomor register yang tercatat pada Kartu Ijin Tingga Sementara / Kartu Ijin Tetap
d. JE e. N f. Ni g. Ni h. Ni j. Ni 3. ANA a. NI	INIS KELAMIN P W P OMOR PASSPORT OMOR POLIS ASURANSI AMA PERUSAHAAN ASURANSI AMA FASKES TINGKAT PERTAMA AMA FASKES DOKTER GIGI	:	Wilayah Kab/Kota tempat serta tanggal, bulan dan tahun kelahiran peserta Isi dengan angka sesuai dengan jenis kelamin Isi dengan nomor wajib pajak yang dimiliki Isi dengan nomor passport yang dimiliki Isi dengan Nomor Polis Asuransi lain yang dimiliki Isi dengan nama perusahaan penanggung Isi dengan Nama Puskesmas / Dokter keluarga yang menjadi pilihan Isi dengan Nama Dokter Gigi yang menjadi pilihan Isi Nomor Identitas yang tertera pada KTP/Kartu Keluarga, dan bagi Warg Negara Asing mengisi nomor register yang tercatat pada Kartu Ijin Tingga Sementara / Kartu Ijin Tetap
d. JE e. N f. No g. No h. No i. No j. No 3. ANA a. NI	INIS KELAMIN P W P OMOR PASSPORT OMOR POLIS ASURANSI AMA PERUSAHAAN ASURANSI AMA FASKES TINGKAT PERTAMA AMA FASKES DOKTER GIGI KK KETIGA IK / KITAS / KITAP	: : : : : : : : : : : : : : : : : : : :	Wilayah Kab/Kota tempat serta tanggal, bulan dan tahun kelahiran peserta Isi dengan angka sesuai dengan jenis kelamin Isi dengan nomor wajib pajak yang dimiliki Isi dengan nomor passport yang dimiliki Isi dengan Nomor Polis Asuransi lain yang dimiliki Isi dengan nama perusahaan penanggung Isi dengan Nama Puskesmas / Dokter keluarga yang menjadi pilihan Isi dengan Nama Dokter Gigi yang menjadi pilihan Isi Nomor Identitas yang tertera pada KTP/Kartu Keluarga, dan bagi Warg Negara Asing mengisi nomor register yang tercatat pada Kartu Ijin Tingga Sementara / Kartu Ijin Tetap
d. JE e. N f. No g. No h. No i. No j. No 3. ANA a. NI	INIS KELAMIN P W P OMOR PASSPORT OMOR POLIS ASURANSI AMA PERUSAHAAN ASURANSI AMA FASKES TINGKAT PERTAMA AMA FASKES DOKTER GIGI KK KETIGA IK / KITAS / KITAP	: : : : : : : : : : : : : : : : : : : :	Wilayah Kab/Kota tempat serta tanggal, bulan dan tahun kelahiran peserta Isi dengan angka sesuai dengan jenis kelamin Isi dengan nomor wajib pajak yang dimiliki Isi dengan nomor passport yang dimiliki Isi dengan Nomor Polis Asuransi lain yang dimiliki Isi dengan nama perusahaan penanggung Isi dengan Nama Puskesmas / Dokter keluarga yang menjadi pilihan Isi dengan Nama Dokter Gigi yang menjadi pilihan Isi dengan Nama Dokter Gigi yang menjadi pilihan Isi Nomor Identitas yang tertera pada KTP/Kartu Keluarga, dan bagi Warg Negara Asing mengisi nomor register yang tercatat pada Kartu Ijin Tingga Sementara / Kartu Ijin Tetap Nama anak pertama yang ditanggung sesuai dengan urutan pertama yang tercatat pada Kartu Keluarga
d. JE e. N f. No g. No h. No i. No j. No 3. ANA a. No	INIS KELAMIN P W P OMOR PASSPORT OMOR POLIS ASURANSI AMA PERUSAHAAN ASURANSI AMA FASKES TINGKAT PERTAMA AMA FASKES DOKTER GIGI KK KETIGA IK / KITAS / KITAP	: : : : : : : : : : : : : : : : : : : :	Wilayah Kab/Kota tempat serta tanggal, bulan dan tahun kelahiran peserta Isi dengan angka sesuai dengan jenis kelamin Isi dengan nomor wajib pajak yang dimiliki Isi dengan nomor passport yang dimiliki Isi dengan Nomor Polis Asuransi lain yang dimiliki Isi dengan nama perusahaan penanggung Isi dengan Nama Puskesmas / Dokter keluarga yang menjadi pilihan Isi dengan Nama Dokter Gigi yang menjadi pilihan Isi dengan Nama Dokter Gigi yang menjadi pilihan Isi Nomor Identitas yang tertera pada KTP/Kartu Keluarga, dan bagi Warg Negara Asing mengisi nomor register yang tercatat pada Kartu Ijin Tingga Sementara / Kartu Ijin Tetap Nama anak pertama yang ditanggung sesuai dengan urutan pertama yang tercatat pada Kartu Keluarga Wilayah Kab/Kota tempat serta tanggal, bulan dan tahun kelahiran peserta
d. JE e. N f. No g. No h. No j. No 3. ANA a. NI b. No c. TE d. JE	INIS KELAMIN P W P OMOR PASSPORT OMOR POLIS ASURANSI AMA PERUSAHAAN ASURANSI AMA FASKES TINGKAT PERTAMA AMA FASKES DOKTER GIGI AK KETIGA IK / KITAS / KITAP AMA ANAK KETIGA EMPAT DAN TANGGAL LAHIR	: : : : : :	Wilayah Kab/Kota tempat serta tanggal, bulan dan tahun kelahiran peserta isi dengan angka sesuai dengan jenis kelamin Isi dengan nomor wajib pajak yang dimiliki Isi dengan nomor passport yang dimiliki Isi dengan Nomor Polis Asuransi lain yang dimiliki Isi dengan nama perusahaan penanggung Isi dengan Nama Puskesmas / Dokter keluarga yang menjadi pilihan Isi dengan Nama Dokter Gigi yang menjadi pilihan Isi Nomor Identitas yang tertera pada KTP/Kartu Keluarga, dan bagi Warg Negara Asing mengisi nomor register yang tercatat pada Kartu Ijin Tingga Sementara / Kartu Ijin Tetap Nama anak pertama yang ditanggung sesuai dengan urutan pertama yang tercatat pada Kartu Keluarga Wilayah Kab/Kota tempat serta tanggal, bulan dan tahun kelahiran peserta Isi dengan angka sesuai dengan jenis kelamin
d. JE e. N f. No g. No i. No j. No 3. ANA a. NI b. No c. TE d. JE e. N	INIS KELAMIN P W P OMOR PASSPORT OMOR POLIS ASURANSI AMA PERUSAHAAN ASURANSI AMA FASKES TINGKAT PERTAMA AMA FASKES DOKTER GIGI AK KETIGA IK / KITAS / KITAP AMA ANAK KETIGA EMPAT DAN TANGGAL LAHIR INIS KELAMIN P W P	: : : : : :	Wilayah Kab/Kota tempat serta tanggal, bulan dan tahun kelahiran peserta isi dengan angka sesuai dengan jenis kelamin Isi dengan nomor wajib pajak yang dimiliki Isi dengan nomor passport yang dimiliki Isi dengan Nomor Polis Asuransi lain yang dimiliki Isi dengan nama perusahaan penanggung Isi dengan Nama Puskesmas / Dokter keluarga yang menjadi pilihan Isi dengan Nama Dokter Gigi yang menjadi pilihan Isi Nomor Identitas yang tertera pada KTP/Kartu Keluarga, dan bagi Warg Negara Asing mengisi nomor register yang tercatat pada Kartu Ijin Tingga Sementara / Kartu Ijin Tetap Nama anak pertama yang ditanggung sesuai dengan urutan pertama yan tercatat pada Kartu Keluarga Wilayah Kab/Kota tempat serta tanggal, bulan dan tahun kelahiran peserta Isi dengan angka sesuai dengan jenis kelamin Isi dengan nomor wajib pajak yang dimiliki
d. JE e. N f. No g. No h. No j. No 3. ANA a. No c. TE d. JE e. N f. No	INIS KELAMIN P W P OMOR PASSPORT OMOR POLIS ASURANSI AMA PERUSAHAAN ASURANSI AMA FASKES TINGKAT PERTAMA AMA FASKES DOKTER GIGI AK KETIGA IK / KITAS / KITAP AMA ANAK KETIGA EMPAT DAN TANGGAL LAHIR INIS KELAMIN P W P OMOR PASSPORT		Wilayah Kab/Kota tempat serta tanggal, bulan dan tahun kelahiran peserta isi dengan angka sesuai dengan jenis kelamin Isi dengan nomor wajib pajak yang dimiliki Isi dengan nomor passport yang dimiliki Isi dengan Nomor Polis Asuransi lain yang dimiliki Isi dengan nama perusahaan penanggung Isi dengan Nama Puskesmas / Dokter keluarga yang menjadi pilihan Isi dengan Nama Dokter Gigi yang menjadi pilihan Isi Nomor Identitas yang tertera pada KTP/Kartu Keluarga, dan bagi Warg Negara Asing mengisi nomor register yang tercatat pada Kartu Ijin Tingga Sementara / Kartu Ijin Tetap Nama anak pertama yang ditanggung sesuai dengan urutan pertama yan tercatat pada Kartu Keluarga Wilayah Kab/Kota tempat serta tanggal, bulan dan tahun kelahiran peserta Isi dengan angka sesuai dengan jenis kelamin Isi dengan nomor wajib pajak yang dimiliki
d. JE e. N f. No g. No h. No i. No j. No 3. ANA a. No c. TE d. JE e. N f. No g. No	INIS KELAMIN P W P OMOR PASSPORT OMOR POLIS ASURANSI AMA PERUSAHAAN ASURANSI AMA FASKES TINGKAT PERTAMA AMA FASKES DOKTER GIGI AK KETIGA IK / KITAS / KITAP AMA ANAK KETIGA EMPAT DAN TANGGAL LAHIR INIS KELAMIN P W P OMOR PASSPORT OMOR POLIS ASURANSI		Wilayah Kab/Kota tempat serta tanggal, bulan dan tahun kelahiran peserta Isi dengan angka sesuai dengan jenis kelamin Isi dengan nomor wajib pajak yang dimiliki Isi dengan nomor passport yang dimiliki Isi dengan Nomor Polis Asuransi lain yang dimiliki Isi dengan nama perusahaan penanggung Isi dengan Nama Puskesmas / Dokter keluarga yang menjadi pilihan Isi dengan Nama Dokter Gigi yang menjadi pilihan Isi Nomor Identitas yang tertera pada KTP/Kartu Keluarga, dan bagi Warg Negara Asing mengisi nomor register yang tercatat pada Kartu Ijin Tingga Sementara / Kartu Ijin Tetap Nama anak pertama yang ditanggung sesuai dengan urutan pertama yan tercatat pada Kartu Keluarga Wilayah Kab/Kota tempat serta tanggal, bulan dan tahun kelahiran peserta Isi dengan angka sesuai dengan jenis kelamin Isi dengan nomor wajib pajak yang dimiliki Isi dengan Nomor Polis Asuransi lain yang dimiliki
d. JE e. N f. Ni g. Ni h. Ni j. Ni j. Ni d. JE e. N f. Ni d. JE e. N f. Ni g. Ni h. Ni	INIS KELAMIN P W P OMOR PASSPORT OMOR POLIS ASURANSI AMA PERUSAHAAN ASURANSI AMA FASKES TINGKAT PERTAMA AMA FASKES DOKTER GIGI AK KETIGA IK / KITAS / KITAP AMA ANAK KETIGA EMPAT DAN TANGGAL LAHIR INIS KELAMIN P W P OMOR PASSPORT		Wilayah Kab/Kota tempat serta tanggal, bulan dan tahun kelahiran peserta isi dengan angka sesuai dengan jenis kelamin Isi dengan nomor wajib pajak yang dimiliki Isi dengan nomor passport yang dimiliki Isi dengan Nomor Polis Asuransi lain yang dimiliki Isi dengan nama perusahaan penanggung Isi dengan Nama Puskesmas / Dokter keluarga yang menjadi pilihan Isi dengan Nama Dokter Gigi yang menjadi pilihan Isi Nomor Identitas yang tertera pada KTP/Kartu Keluarga, dan bagi Warg Negara Asing mengisi nomor register yang tercatat pada Kartu Ijin Tingga Sementara / Kartu Ijin Tetap Nama anak pertama yang ditanggung sesuai dengan urutan pertama yan tercatat pada Kartu Keluarga Wilayah Kab/Kota tempat serta tanggal, bulan dan tahun kelahiran peserta Isi dengan angka sesuai dengan jenis kelamin Isi dengan nomor wajib pajak yang dimiliki