



BPJS Kesehatan
Badan Penyelenggara Jaminan Sosial

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

BADAN PENYELENGGARA JAMINAN SOSIAL KESEHATAN

Nomor Register Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan

(diisi oleh petugas BPJS-Kesehatan)

Petugas Verifikasi :

Tanggal Verifikasi :

Petugas Entry :

DIISI OLEH 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 Badan Usaha Milik Daerah
☐ Pegawai Swasta

Bukan Pekerja

- ☐ Penerima Pensiun PNS
☐ Penerima Pensiun TNI
☐ Penerima Pensiun Polri
☐ Penerima Pensiun Pejabat Negara
☐ Perintis Kemerdekaan
☐ Veteran
☐

Pembayaran iuran Jaminan Kesehatan Melalui Rekening

- ☐ Mandiri
☐ BNI
☐ BRI
☐ Lainnya

1 IDENTITAS PESERTA

1 Nomor Kartu Keluarga

2 NIK / KITAS / KITAP

3 Nama Lengkap

4 Tempat dan Tanggal Lahir

5 Jenis Kelamin

6 Status Pernikahan

7 Alamat tempat tinggal

Desa/Kelurahan

Kecamatan

Kabupaten/Kota

8 Nomor Telpn

9 Alamat Email

10 Nama Instansi/Badan/Perusahaan

a.* PNS, Pejabat Ncgara, Penerima Pensiun PNS, Penerima Pensiun Pejabat Negara

NIP / No. Pensiun

Golongan

TMT Kerja

Masa Kerja Golongan

1. Gol I = 1; Gol II = 2; Gol III = 3; Gol IV = 4

Ruang Gaji

1 = A; 2 = B; 3 = C; 4 = D; 5 = E

Gaji Pokok/Pensiun Pokok : Rp.

b.* Anggota TNI / Polri dan Penerima Pensiun TNI/Polri

NRP / No. Pensiun

Pangkat

TMT Kerja / Pensiun

Gaji Pokok/Pensiun Pokok : Rp.

c.* Pegawai Pemerintah Non PNS

Nomor Pegawai

TMT Kerja

Gaji :

Rp.

d Pegawai BUMN/BUMD, Pegawai Swasta Badan Usaha Lainnya

Nomor Pegawai

Jabatan

Status Pegawai

TMT Kerja

1 = Tetap; 2 = Kontrak; 3 = Paruh Waktu

Kelas Rawat : 1. Kelas I, 2. Kelas II, 3. Kelas III

Gaji :

Rp.

e.* Veteran RI

SKEP Gelhorvet No.

f.* Perintis Kemerdekaan

SKEP No.

11 Satuan Kerja Pembayar Gaji

12 Kewarganegaraan

13 Nomor Passport

14 No. Polis Asuransi Kesehatan *)

15 Nama Perusahaan Asuransi

16 NPWP

17 Nama Faskes Tingkat Pertama

18 Nama Faskes Dokter Gigi

1 = WNI; 2 = WNA

Kebangsaan

(isi jika memiliki polis asuransi kesehatan lainnya)

Kode Faskes

Kode Faskes

Verifikasi

Pilih sesuai dengan status kepegawaian saat ini

- NIK / KITAS / KITAP
- NIP / NRP / NPP
- Nama
- Tempat dan Tanggal Lahir
- Jenis Kelamin
- Nomor Passport
- No. Polis Asuransi Kesehatan *)
- Nama perusahaan Asuransi
- Nama Faskes Tingkat Pertama
- Nama Faskes Dokter Gigi

[illegible][illegible]

Anak Pertama

- NIK / KITAS / KITAP
- Nama Anak Pertama
- Tempat dan Tanggal Lahir
- Jenis Kelamin
- Nomor Passport
- No. Polis Asuransi Kesehatan *)
- Nama perusahaan Asuransi
- Nama Faskes Tingkat Pertama
- Nama Faskes Dokter Gigi

1 = Laki-Laki; 2 Perempuan										NPWP :									
										(isi jika memiliki polis asuransi kesehatan lainnya)									
										Kode Faskes									
										Kode Faskes									

[illegible]

- ### Anak Kedua

- NIK / KITAS / KITAP
- Nama Anak Kedua
- Tempat dan Tanggal Lahir
- Jenis Kelamin
- Nomor Passport
- No. Polis Asuransi Kesehatan *)
- Nama perusahaan Asuransi
- Nama Faskes Tingkat Pertama
- Nama Faskes Dokter Gigi

[illegible][illegible]

- ### Anak Ketiga

- NIK / KITAS / KITAP
- Nama Anak Ketiga
- Tempat dan Tanggal Lahir
- Jenis Kelamin
- Nomor Passport
- No.Polis Asuransi Kesehatan *)
- Nama perusahaan Asuransi
- Nama Faskes Tingkat Pertama
- Nama Faskes Dokter Gigi

[illegible][illegible]

Isilah dengan huruf kapital dan mudah dibaca

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

Foto
Peserta
Ukuran 3 x 4 cm

Foto
Isteri/Suami
Ukuran 3 x 4 cm

Foto
Anak ke 1
Ukuran 3 x 4 cm

Foto
Anak ke 2
Ukuran 3 x 4 cm

Foto
Anak ke 3
Ukuran 3 x 4 cm

Tanda Tanqan Peserta 201..

(.....)

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.

Nomor Register Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Petugas Verifikasi : Nama petugas yang melakukan verifikasi Tanggal Verifikasi : Tanggal Pelaksanaan verifikasi dilaksanakan Petugas Entry : Nama petugas yang melakukan entry data		Diisi oleh petugas BPJS Kesehatan
JENIS PESERTA BPJS Kesehatan	:	Beri tanda (√) pada kotak yang sesuai dengan jenis kepesertaan.
Pembayaran iuran jaminan kesehatan	:	Beri tanda (√) pada kotak yang sesuai dengan tempat pembayaran iuran
I. IDENTITAS PESERTA		
1. NOMOR KARTU KELUARGA	:	Isi nomor kartu keluarga yang tertera pada kartu keluarga
2. NIK / KITAS / KITAP	:	Isi Nomor Identitas yang tertera pada KTP/Kartu Keluarga, dan bagi Warga Negara Asing mengisi nomor register yang tercatat pada Kartu Ijin Tinggal Sementara / Kartu Ijin Tetap
3. NAMA LENGKAP	:	Nama sesuai dengan nama yang tercantum dalam SK Pengangkatan / SK Pensiun / Kartu Tanda Penduduk elektronik
4. TEMPAT DAN TANGGAL LAHIR	:	Wilayah Kab/Kota tempat serta tanggal, bulan dan tahun kelahiran
5. JENIS KELAMIN	:	Isi dengan angka sesuai dengan jenis kelamin
6. STATUS PERNIKAHAN	:	Isi dengan angka sesuai dengan status pernikahan
7. ALAMAT TEMPAT TINGGAL	:	Isi sesuai dengan alamat tempat tinggal saat ini atau tempat tinggal yang tercatat pada KTP
8. NOMOR TELPON / NO. HP	:	Isi sesuai dengan nomor kontak yang mudah dihubungi
9. ALAMAT EMAIL	:	Isi alamat surat elektronik yang dimiliki
10. NAMA INSTANSI/BADAN/PERUSAHAAN	:	Nama Instansi/Badan/Perusahaan tempat bekerja
a. PNS, Pejabat Negara dan Pensiunan - NIP / NOMOR PENSIUN - Golongan - Ruang - TMT Kerja / Pensiun - Masa Kerja Golongan - Gaji Pokok / Pokok Pensiun	:	Isi dengan NIP sesuai SK Terakhir bagi PNS aktif atau Nomor Pensiun bagi Pensiunan PNS, dan apabila Suami Isteri sebagai PNS dan atau Penerima Pensiun mencantumkan NIP sebagai PNS/Pensiunan Isi dengan pilihan angka sesuai dengan golongan terakhir Isi dengan pilihan angka sesuai dengan golongan ruang terakhir Isi sesuai dengan Tanggal penetapan awal sebagai PNS atau tanggal penetapan awal sebagai penerima pensiun Isi masa kerja golongan sesuai dengan SK Terakhir Isi Penerimaan gaji/pokok pensiun terbaru
b. Anggota TNI/POLRI & Pensiunan - NRP / NOMOR PENSIUN - Pangkat - TMT Kerja/Pensiun - Gaji Pokok / Pokok Pensiun	:	Isi dengan NRP sesuai SK Terakhir bagi TNI/Polri atau Nomor Pensiun bagi Pensiunan TNI/POLRI, dan apabila Suami Isteri sebagai TNI/POLRI/ PNS dan atau Penerima Pensiun mencantumkan NIP/NRP. Isi dengan kepangkatan terakhir Isi sesuai dengan Tanggal penetapan awal sebagai TNI/POLRI atau tanggal penetapan awal sebagai penerima pensiun TNI/POLRI Isi Penerimaan gaji/pokok pensiun terbaru
c. PEGAWAI PEMERINTAH NON PNS - NIP / SK Pengangkatan - Golongan - Kelas Perawatan - TMT Kerja - Gaji Pokok	:	Isi dengan NIP atau No SK Pengangkatan Isi dengan pilihan angka sesuai dengan golongan terakhir Isi dengan angka sesuai dengan hak kelas perawatan yang dipilih Isi tanggal pada Surat Keputusan penetapan sebagai pegawai Isi Penerimaan gaji/pokok pensiun terbaru
d. PEGAWAI BUMN/BUMD,SWASTA - NPP - Jabatan - Status Pegawai - Kelas Perawatan - Gaji Pokok / Pokok Pensiun	:	Isi sesuai dengan Nomor Pokok Pegawai Isi sesuai dengan grade/jabatan terakhir Isi dengan angka sesuai dengan status kepegawaian Isi dengan angka sesuai dengan hak kelas perawatan yang dipilih Isi dengan angka sesuai dengan hak normatif yang diterima
e. VETERAN - SKEP Gelar Kehormatan	:	Isi No. SKEP Gelar kehormatan Veteran dari Kementerian Pertahanan
f. PERINTIS KEMERDEKAAN - SKEP Perintis Kemerdekaan	:	Isi No.SKEP Perintis Kemerdekaan dari Kementerian Sosial
11. Satuan Kerja Pembayar Gaji	:	Isi dengan satuan kerja yang membayar gaji pegawai
12. KEWARGANEGARAAN	:	Isi dengan pilihan angka sesuai dengan status kewarganegaraan dan isi dengan kebangsaan bagi warga Negara asing
13. NOMOR PASSPORT	:	Isi dengan nomor passport yang dimiliki
14. NOMOR POLIS ASURANSI KESEHATAN	:	Isi dengan Nomor Polis Asuransi lain yang dimiliki
15. NAMA PERUSAHAAN ASURANSI	:	Isi dengan nama perusahaan penanggung resiko

16. NW/VP	:	Isi dengan nomor wajib pajak yang dimiliki
17. NAMA FASKES TINGKAT PERTAMA	:	Isi dengan Nama Puskesmas / Dokter keluarga yang menjadi pilihan
18. NAMA FASKES DOKTER GIGI	:	Isi dengan Nama Dokter Gigi yang menjadi pilihan
II. IDENTITAS SUAMI – ISTERI		
a. NIK / KITAS / KITAP	:	Isi Nomor Identitas yang tertera pada KTP/Kartu Keluarga, dan bagi Warga Negara Asing mengisi nomor register yang tercatat pada Kartu Ijin Tinggal Sementara / Kartu Ijin Tetap
b. NIP / NRP / NPP	:	Isi dengan NRP sesuai SK Terakhir bagi TNI/Polri atau Nomor Pensiun bagi Pensiunan TNI/POLRI.
c. NAMA	:	Nama sesuai dengan nama yang tercantum dalam SK Pengangkatan / SK Pensiun / Kartu Tanda Penduduk elektronik
d. TEMPAT DAN TANGGAL LAHIR	:	Wilayah Kab/Kota tempat serta tanggal, bulan dan tahun kelahiran peserta
e. JENIS KELAMIN	:	Isi dengan angka sesuai dengan jenis kelamin
f. N P W P	:	Isi dengan nomor wajib pajak yang dimiliki
g. NOMOR PASSPORT	:	Isi dengan nomor passport yang dimiliki
h. NOMOR POLIS ASURANSI	:	Isi dengan Nomor Polis Asuransi lain yang dimiliki (jika mengikuti program asuransi kesehatan lain)
i. NAMA PERUSAHAAN ASURANSI	:	Isi dengan nama perusahaan penanggung resiko(jika mengikuti program asuransi kesehatan lain)
j. NAMA FASKES TINGKAT PERTAMA	:	Isi dengan Nama Puskesmas / Dokter keluarga yang menjadi pilihan
k. NAMA FASKES DOKTER GIGI	:	Isi dengan Nama Dokter Gigi yang menjadi pilihan
III. IDENTITAS ANAK		
1. ANAK PERTAMA		
a. NIK / KITAS / KITAP	:	Isi Nomor Identitas yang tertera pada KTP/Kartu Keluarga, dan bagi Warga Negara Asing mengisi nomor register yang tercatat pada Kartu Ijin Tinggal Sementara / Kartu Ijin Tetap
b. NAMA ANAK PERTAMA	:	Nama anak pertama yang ditanggung sesuai dengan urutan pertama yang tercatat pada Kartu Keluarga
c. TEMPAT DAN TANGGAL LAHIR	:	Wilayah Kab/Kota tempat serta tanggal, bulan dan tahun kelahiran peserta
d. JENIS KELAMIN	:	Isi dengan angka sesuai dengan jenis kelamin
e. N P W P	:	Isi dengan nomor wajib pajak yang dimiliki
f. NOMOR PASSPORT	:	Isi dengan nomor passport yang dimiliki
g. NOMOR POLIS ASURANSI	:	Isi dengan Nomor Polis Asuransi lain yang dimiliki
h. NAMA PERUSAHAAN ASURANSI	:	Isi dengan nama perusahaan penanggung
i. NAMA FASKES TINGKAT PERTAMA	:	Isi dengan Nama Puskesmas / Dokter keluarga yang menjadi pilihan
j. NAMA FASKES DOKTER GIGI	:	Isi dengan Nama Dokter Gigi yang menjadi pilihan
2. ANAK KEDUA		
a. NIK / KITAS / KITAP	:	Isi Nomor Identitas yang tertera pada KTP/Kartu Keluarga, dan bagi Warga Negara Asing mengisi nomor register yang tercatat pada Kartu Ijin Tinggal Sementara / Kartu Ijin Tetap
b. NAMA ANAK KEDUA	:	Nama anak pertama yang ditanggung sesuai dengan urutan pertama yang tercatat pada Kartu Keluarga
c. TEMPAT DAN TANGGAL LAHIR	:	Wilayah Kab/Kota tempat serta tanggal, bulan dan tahun kelahiran peserta
d. JENIS KELAMIN	:	Isi dengan angka sesuai dengan jenis kelamin
e. N P W P	:	Isi dengan nomor wajib pajak yang dimiliki
f. NOMOR PASSPORT	:	Isi dengan nomor passport yang dimiliki
g. NOMOR POLIS ASURANSI	:	Isi dengan Nomor Polis Asuransi lain yang dimiliki
h. NAMA PERUSAHAAN ASURANSI	:	Isi dengan nama perusahaan penanggung
i. NAMA FASKES TINGKAT PERTAMA	:	Isi dengan Nama Puskesmas / Dokter keluarga yang menjadi pilihan
j. NAMA FASKES DOKTER GIGI	:	Isi dengan Nama Dokter Gigi yang menjadi pilihan
3. ANAK KETIGA		
a. NIK / KITAS / KITAP	:	Isi Nomor Identitas yang tertera pada KTP/Kartu Keluarga, dan bagi Warga Negara Asing mengisi nomor register yang tercatat pada Kartu Ijin Tinggal Sementara / Kartu Ijin Tetap
b. NAMA ANAK KETIGA	:	Nama anak pertama yang ditanggung sesuai dengan urutan pertama yang tercatat pada Kartu Keluarga
c. TEMPAT DAN TANGGAL LAHIR	:	Wilayah Kab/Kota tempat serta tanggal, bulan dan tahun kelahiran peserta
d. JENIS KELAMIN	:	Isi dengan angka sesuai dengan jenis kelamin
e. N P W P	:	Isi dengan nomor wajib pajak yang dimiliki
f. NOMOR PASSPORT	:	Isi dengan nomor passport yang dimiliki
g. NOMOR POLIS ASURANSI	:	Isi dengan Nomor Polis Asuransi lain yang dimiliki
h. NAMA PERUSAHAAN ASURANSI	:	Isi dengan nama perusahaan penanggung resiko
i. NAMA FASKES TINGKAT PERTAMA	:	Isi dengan Nama Puskesmas / Dokter keluarga yang menjadi pilihan
j. NAMA FASKES DOKTER GIGI	:	Isi dengan Nama Dokter Gigi yang menjadi pilihan