

FORMULIR REGISTRASI BADAN USAHA / BADAN HUKUM LAINNYA

<input type="checkbox"/> Registrasi Baru	<input type="checkbox"/> Perubahan Data	Direkam oleh : Tgl.	Diverifikasi oleh : Tgl.	Setuju Kabag Pemasaran Tgl.
---	--	------------------------	-----------------------------	--------------------------------

Kode Badan Usaha/Badan Hukum Lainnya : No. Virtual Account
(Diisi oleh petugas BPJS Kesehatan)

IDENTITAS BADAN USAHA / BADAN HUKUM LAINNYA

Verifikasi

Nama Badan Usaha/Badan Hukum Lainnya :

Alamat Badan Usaha/Badan Hukum Lainnya : JL

: Kelurahan : Kecamatan :

: Kab./Kota : Kode Pos :

Telepon : - Faksimili : -

E-mail :

Status Badan Usaha/Badan Hukum Lainnya : ☐ Pusat ☐ Cabang ☐ Anak Perusahaan ☐ Cabang Anak Perusahaan ☐ Lainnya **)

(Pilih salah satu)

Bentuk Badan Hukum :

Nomor Ijin Usaha :

Jenis Usaha Utama :

Nama Pimpinan Badan Usaha/Badan Hukum Lainnya :

NPWP : - - - - -

Status Kepemilikan Badan Usaha/Badan Hukum Lainnya : ☐ Swasta Nasional ☐ BUMN ☐ Koperasi ☐ Joint Venture ☐ Dana Pensiun

: ☐ Swasta Asing ☐ BUMD ☐ Yayasan ☐ YKK **) ☐ Lainnya **)

Jenis Usaha :

Kode ILO :

Nama Bank : ☐ Bank Mandiri ☐ BRI ☐ BNI ☐ Lainnya **)

Virtual Account Peserta BPJS Ketenagakerjaan :

IDENTITAS CONTACT PERSON BADAN USAHA / BADAN HUKUM LAINNYA

Nama Lengkap :

Jabatan :

Telepon dan Extention : - Ext :

Faksimili : -

Handphone : E-mail :

PERUBAHAN ALAMAT BADAN USAHA / BADAN HUKUM LAINNYA

Alamat Badan Usaha/Badan Hukum Lainnya : JL

: Kelurahan : Kecamatan :

: Kab./Kota : Kode Pos :

Telepon : - Faksimili : -

E-mail :

KEIKUTSERTAAN PROGRAM JAMINAN KESEHATAN NASIONAL (JKN)

Menjadi Peserta Sejak : Tgl Bln Thn

Jumlah Tenaga Kerja : Kelas I : Kelas II : Kelas III :

Jumlah Keluarga : Kelas I : Kelas II : Kelas III :

Total Tenaga Kerja dan Keluarga : Kelas I : Kelas II : Kelas III :

Saya menyatakan bahwa informasi ini dibuat dengan sebenarnya, apabila informasi ini tidak benar maka saya bersedia dikenakan sanksi sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku

Kepala Cabang,



Pimpinan/Direktur

*

Pembayaran iuran Jaminan Kesehatan selambat-lambatnya tanggal 10 bulan berjalan, apabila melewati tanggal tersebut akan dikenakan denda keterlambatan iuran dan sanksi sesuai dengan ketentuan yang berlaku