**SURAT PERNYATAAN PENGUNDURAN DIRI SEBAGAI PESERTA**

**PENERIMA BANTUAN IURAN (PBI) JAMINAN KESEHATAN**

Saya yang bertandatangan di bawah ini :

Nama :

NIK :

Tempat/Tgl Lahir :

Alamat :

Nomor Kartu PBI JK :

Dengan ini menyatakan mengundurkan diri sebagai peserta Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan dan berubah jenis kepesertaan menjadi Pekerja Penerima Upah/ Pekerja Bukan Penerima Upah/ Bukan Pekerja \*).

Terhitung mulai tanggal saya mengundurkan diri, kewajiban untuk membayar iuran sebagai peserta Program Jaminan Kesehatan yang diselenggarakan oleh BPJS Kesehatan sepenuhnya menjadi tanggung jawab pribadi dan pemberi kerja/ pribadi \*\*) sesuai dengan ketentuan regulasi yang berlaku.

Demikian surat pernyataan ini saya buat atas kesadaran dan keinginan sendiri serta tanpa paksaan maupun tekanan dari pihak manapun.

………………………, ……………………………………......

MATERAI Rp 10.000

( )

**Keterangan** :

|  |  |
| --- | --- |
| \*) | coret yang tidak perlu |
| \*\*) | coret pribadi dan pemberi kerja untuk peserta Peserta Pekerja Bukan Penerima Upah atau coret pribdai untuk Pekerja Penerima Upah |