

Nomor Register Peserta BPJS Kesehatan

(diisi oleh Petugas BPJS Kesehatan)

Tanggal Verifikasi: Petugas Verifikasi: Petugas Entri:

Jenis Pekerja
 Pekerja Mandiri Investor Pemberi Kerja

Identitas Peserta Verifikasi

Nomor Kartu Keluarga															
NIK/ KITAS/ KITAP															
Nama Lengkap															
Jenis Kelamin	1 = Laki-laki, 2 = Perempuan					Agama									
Tempat Lahir															
Tanggal Lahir	-	-				Status Pernikahan			1 = Kawin, 2 = Belum Kawin, 3 = Janda, 4 = Duda						
Nama Gadis Ibu Kandung															
Nomor Handphone											Golongan Darah				
Alamat email															

Alamat Tempat Tinggal

Kelurahan											Rt/Rw				
Kecamatan															
Kabupaten/Kota															
Provinsi											Kode Pos				

Kelas Rawat dan Faskes

Kelas Perawatan	1 = Kelas Rawat I, 2 = Kelas Rawat II, 3 = Kelas Rawat III										* Kelas Rawat Harus Sama Dalam Satu Keluarga					
Faskes Tingkat I	D	I	P	O	N	E	G	O	R	O	1	Kode Faskes :				
Faskes Dokter Gigi	D	I	P	O	N	E	G	O	R	O	1	Kode Faskes :				

Informasi Lain-Lain

Pekerjaan															
Nama Bank	1 = Mandiri, 2 = BNI, 3 = BRI, 4 = BTN														
Nomor rekening															
Nama Pemilik															

Jumlah Iuran Peserta Per Bulan :

Persetujuan (Informed Consent)

- 1 Pengguna Layanan Pendaftaran BPJS Kesehatan harus memiliki usia yang cukup secara hukum untuk melaksanakan kewajiban hukum yang mengikat dari setiap kewajiban apapun yang mungkin terjadi akibat penggunaan Layanan Pendaftaran BPJS Kesehatan
 - 2 Mengisi dan memberikan data dengan benar dan dapat dipertanggungjawabkan,
 - 3 Mendaftarkan diri dan anggota keluarganya menjadi peserta BPJS Kesehatan.
 - 4 Membayar iuran setiap bulan selambat-lambatnya tanggal 10 (sepuluh) setiap bulan
 - 5 Menjaga identitas peserta (Kartu BPJS Kesehatan atau e ID) agar tidak rusak, hilang atau dimanfaat oleh orang yang tidak berhak
 - 6 Melaporkan kehilangan dan kerusakan identitas peserta yang diterbitkan oleh BPJS Kesehatan kepada BPJS Kesehatan
 - 7 Menyetujui membayar iuran pertama paling cepat 14 (empat belas) hari kalender dan paling lambat 30 (tiga puluh) hari kalender setelah virtual account diterima, untuk mendapatkan hak dan manfaat jaminan kesehatan;
 - 8 Menyetujui untuk mengulang proses pendaftaran apabila:
 - a. belum melakukan pembayaran iuran pertama sampai dengan 30 (tiga puluh) hari kalender sejak virtual account diterima; atau
 - b. melakukan perubahan data setelah 14 (empat belas) hari kalender sejak virtual account diterima dan belum melakukan pembayaran iuran pertama;
 - 9 Menyetujui pencetakan kartu baru dapat dilakukan setelah pembayaran iuran pertama atas seluruh iuran anggota keluarga yang memiliki virtual account sebagaimana yang didaftarkan; dan
 - 10 Melaporkan perubahan status data peserta dan anggota keluarga, perubahan yang dimaksud adalah perubahan fasilitas kesehatan, susunan keluarga/jumlah peserta, dan anggota keluarga tambahan. Perubahan data Peserta dilakukan semambat-lambatnya 7 (tujuh) hari atau 30 (tiga puluh) hari untuk bayi baru lahir.
 - 11 Menyetujui bahwa iuran yang dibayarkan tidak dikembalikan sekalipun belum mendapatkan manfaat pelayanan kesehatan dan iuran tersebut sudah diikhilkan untuk menolong peserta lain yang terkena musibah.
 - 12 Memberikan kuasa kepada BPJS Kesehatan untuk mengelola dana amanat milik seluruh Peserta yang merupakan himpunan iuran beserta hasil pengembangannya untuk pembayaran manfaat kepada Peserta dan Pembiayaan operasional penyelenggaraan program jaminan sosial.
- Saya menerima dan menyetujui Syarat dan Ketentuan layanan pendaftaran BPJS Kesehatan

Semarang, 01 Agustus 2017

Tanda Tangan Peserta

Catatan :

Wajib melampirkan fotocopy kartu JKN KIS (BPJS)

yang masih aktif

(.....)

**PETUNJUK PENGISIAN DAN VERIFIKASI
PBPU, INVESTOR DAN PEMBERI KERJA
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 Register Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan	Diisi oleh Petugas BPJS Kesehatan
Tanggal Verifikasi : Tanggal Pelaksanaan verifikasi dilaksanakan	
Petugas Verifikasi : Nama Petugas yang melakukan verifikasi	
Petugas <i>entry</i> : Nama Petugas yang melakukan <i>entry</i>	
Jenis Peserta BPJS Kesehatan	: Beri tanda () pada kotak yang sesuai dengan jenis kepesertaan
Pembayaran iuran jaminan kesehatan	: Beri tanda () pada kotak yang sesuai dengan jenis kepesertaan

I. IDENTITAS PESERTA

- Nomor Kartu Keluarga (No. KK) : Isi nomor kartu keluarga yang tertera pada kartu keluarga
- NIK/ KITAS/ KITAP : Isi nomor identitas yang tertera pada kartu tanda penduduk (KTP)/KK, dan bagi warga negara asing mengisi Nomor KITAS/KITAP
- Nama Lengkap : Nama sesuai dengan nama yang tercantum dalam KTP
- Tempat Tanggal Lahir : Wilayah Kab/Kota tempat serta tanggal bulan dan tahun kelahiran peserta
- Jenis Kelamin : Isi dengan angka sesuai dengan jenis kelamin
- Status Pernikahan : Isi sesuai dengan status pernikahan
- Alamat Tempat Tinggal : Isi sesuai dengan alamat tempat tinggal berdasarkan KTP
- Nomor Handphone : Isi sesuai dengan nomor handphone yang aktif
- Alamat Surat Menyurat : Isi sesuai dengan alamat tempat tinggal sekarang
- Nomor Telepon : Isi sesuai dengan nomor kontak yang mudah dihubungi
- Kewarganegaraan : Isi dengan angka sesuai dengan status kewarganegaraan dan tulis asal kebangsaan
- Iuran Peserta Per Jiwa Per Bulan : Isi sesuai dengan iuran jaminan kesehatan yang dibayarkan, berdasarkan kelas rawat yang dipilih
- Nomor Passport : Isi sesuai dengan nomor passport yang terdengar nomor passport yang dimiliki
- No. Polis Asuransi : Isi dengan nomor polis asuransi lain jika memiliki
- No. NPWP : Isi dengan Nomor wajib pajak yang dimiliki
- Alamat Email : Isi dengan alamat surel elektronik yang dimiliki
- Nama Faskes Tingkat Pertama : Isi dengan nama Puskesmas/Klinik/ Dokter keluarga yang menjadi pilihan
- Nama Faskes Dokter Gigi : Isi dengan nama Dokter gigi yang menjadi pilihan

II. KELAS RAWAT DAN FASILITAS KESEHATAN

- Kelas Perawatan
- Faskes Tingkat I : Isi dengan nama Puskesmas/Klinik/ Dokter keluarga yang dikehendaki
- Faskes Dokter Gigi : Isi dengan nama Puskesmas/Klinik/ Dokter keluarga yang dikehendaki

III. INFORMASI LAIN-LAIN

- Pekerjaan : Isi dengan Pekerjaan Peserta
- Nama Bank : Isi dengan nama Bank pembayaran iuran jaminan kesehatan
- Nomor Rekening : Isi dengan nomor rekening pemilik rekening
- Nama Pemilik Rekening : Isi dengan Nama pemilik rekening yang dimiliki