



Nomor Register Penanggung Tambahan Anggota Keluarga

(diisi oleh petugas BPJS-Kesehatan)

Pekerja Penerima Upah

- ☐ Pegawai Negeri Sipil (PNS) Pusat
☐ PNS Pusat diperbantukan BUMN/BUMD dan Badan Lainnya
☐ Pegawai Negeri Sipil Daerah
☐ PNS Daerah diperbantukan 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

Pekerja Bukan Penerima Upah

- ☐ Pekerja Mandiri
☐

Bukan Pekerja

- ☐ Penerima Pensiun PNS
☐ Penerima Pensiun TNI
☐ Penerima Pensiun Polri
☐ Penerima Pensiun Pejabat Negara
☐ Veteran
☐ Perintis Kemerdekaan
☐ Investor
☐ Pemberi Kerja
☐ Penerima Pensiun Swasta

Pembayaran Iuran Jaminan Kesehatan

Melalui Rekening Bank

- ☐ Mandiri
☐ BNI
☐ BRI
☐ Lainnya

Petugas Verifikasi :

Tanggal Verifikasi :

Petugas Entry :

IDENTITAS TAMBAHAN ANGGOTA KELUARGA

1 Tambahan Anggota Keluarga ke

- 1 Nomor Identitas Kependudukan
2 Nama
3 Tempat dan Tanggal Lahir
4 Jenis Kelamin
5 Jumlah iuran yang dibayar
6 Hak Kelas Perawatan yg dipilih
7 Nomor Passport
8 No.Polis Asuransi Kesehatan *)
9 Nama Perusahaan Asuransi
10 Alamat tempat tinggal

1 = Laki-Laki; 2 = Perempuan

Rp. 1. Kelas I, 2. Kelas II, 3. Kelas III

(isi jika memiliki polis asuransi kesehatan lainnya)

RT RW

Kode Pos

Desa/Kelurahan
Kecamatan
Kabupaten/Kota

Kode Faskes
Kode Faskes

Verifikasi

Foto Peserta
Ukuran 3 x 4 cm

2 Tambahan Anggota Keluarga ke

- 1 Nomor Identitas Kependudukan
2 Nama
3 Tempat dan Tanggal Lahir
4 Jenis Kelamin
5 Jumlah iuran yang dibayar
6 Hak Kelas Perawatan yg dipilih
7 Nomor Passport
8 No.Polis Asuransi Kesehatan *)
9 Nama Perusahaan Asuransi
10 Alamat tempat tinggal

1 = Laki-Laki; 2 = Perempuan

Rp. 1. Kelas I, 2. Kelas II, 3. Kelas III

(isi jika memiliki polis asuransi kesehatan lainnya)

RT RW

Kode Pos

Desa/Kelurahan
Kecamatan
Kabupaten/Kota

Kode Faskes
Kode Faskes

Foto Peserta
Ukuran 3 x 4 cm

Isilah dengan huruf kapital dan mudah dibaca

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

Tanda Tangan Peserta

201...

**PETUNJUK PENGISIAN DAN VERIFIKASI
DAFTAR ISIAN PENAMBAHAN ANGGOTA KELUARGA
BADAN PENYELENGGARA JAMINAN SOSIAL KESEHATAN**

Pengisian Daftar Isian penambahan anggota keluarga ini cukup 1 (satu) lembar untuk 1 (satu) keluarga dan agar ditulis dengan jelas, apabila memungkinkan diketik dengan/ditulis dengan tinta hitam dan huruf balok serta 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
Pembayaran iuran jaminan kesehatan	:	Beri tanda (v) pada kotak yang sesuai dengan tempat pembayaran iuran
1. TAMBAHAN ANGGGOTA KELUARGA KE...		
1) NOMOR IDENTITAS KEPENDUDUKAN	:	Isi Nomor Identitas yang tertera pada KTP/Kartu Keluarga,
2) NAMA LENGKAP	:	Nama sesuai dengan nama yang tercantum dalam SK Pengangkatan / SK Pensiun / Kartu Tanda Penduduk elektronik
3) TEMPAT DAN TANGGAL LAHIR	:	Wilayah Kab / Kota tempat serta tanggal, bulan dan tahun kelahiran peserta
4) JENIS KELAMIN	:	Isi dengan angka sesuai dengan jenis kelamin
5) JUMLAH IURAN YANG DIBAYAR	:	Isi sesuai dengan iuran Jaminan kesehatan yang dibayarkan
6) KELAS RAWAT	:	Isi dengan angka sesuai kelas perawatan yang dipilih
7) NOMOR PASSPORT	:	Isi dengan nomor passport yang dimiliki
8) NOMOR POLIS ASURANSI	:	Isi dengan Nomor Polis Asuransi lain yang dimiliki (jika mengikuti program asuransi kesehatan lain)
9) NAMA PERUSAHAAN ASURANSI	:	Isi dengan nama perusahaan penanggung resiko
10) ALAMAT TEMPAT TINGGAL	:	Isi sesuai dengan alamat tempat tinggal saat atau sama dengan tempat tinggal yang tercatat pada KTP
11) NAMA FASKES TINGKAT PERTAMA	:	Isi dengan Nama Puskesmas / Dokter keluarga yang menjadi pilihan
12) NAMA FASKES DOKTER GIGI	:	Isi dengan Nama Dokter Gigi yang menjadi pilihan
2. TAMBAHAN ANGGGOTA KELUARGA KE...		
1) NOMOR IDENTITAS KEPENDUDUKAN	:	Isi Nomor Identitas yang tertera pada KTP/Kartu Keluarga,
2) NAMA LENGKAP	:	Nama sesuai dengan nama yang tercantum dalam SK Pengangkatan / SK Pensiun / Kartu Tanda Penduduk elektronik
3) TEMPAT DAN TANGGAL LAHIR	:	Wilayah Kab / Kota tempat serta tanggal, bulan dan tahun kelahiran peserta
4) JENIS KELAMIN	:	Isi dengan angka sesuai dengan jenis kelamin
5) JUMLAH IURAN YANG DIBAYAR	:	Isi sesuai dengan iuran Jaminan kesehatan yang dibayarkan
6) KELAS RAWAT	:	Isi dengan angka sesuai kelas perawatan yang dipilih
7) NOMOR PASSPORT	:	Isi dengan nomor passport yang dimiliki
8) NOMOR POLIS ASURANSI	:	Isi dengan Nomor Polis Asuransi lain yang dimiliki (jika mengikuti program asuransi kesehatan lain)
9) NAMA PERUSAHAAN ASURANSI	:	Isi dengan nama perusahaan penanggung resiko
10) ALAMAT TEMPAT TINGGAL	:	Isi sesuai dengan alamat tempat tinggal saat atau sama dengan tempat tinggal yang tercatat pada KTP
11) NAMA FASKES TINGKAT PERTAMA	:	Isi dengan Nama Puskesmas / Dokter keluarga yang menjadi pilihan
12) NAMA FASKES DOKTER GIGI	:	Isi dengan Nama Dokter Gigi yang menjadi pilihan