



**PETUNJUK PENGISIAN DAN VERIFIKASI  
 PESERTA PEKERJA BUKAN PENERIMA UPAH DAN BUKAN PEKERJA  
 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 balok serta beri tanda (v) pada kotak pilihan.

Nomor Register Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Tugas 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 (v) pada kotak yang sesuai dengan jenis kepesertaan.
Pembayaran iuran jaminan kesehatan	:	Beri tanda (v) pada kotak yang sesuai dengan tempat pembayaran iuran
<b>I. IDENTITAS PESERTA</b>		
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 peserta
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 atau tempat tinggal yang tercatat pada KTP
8. NOMOR TELPON / NO. HP	:	Isi sesuai dengan nomor kontak yang mudah dihubungi
9. KEWARGANEGARAAN	:	Isi dengan angka sesuai status kewarganegaraan dan tulis asal kebangsaan
10. - JUMLAH IURAN YANG DIBAYAR - KELAS RAWAT	:	Isi sesuai dengan iuran jaminan kesehatan yang dibayarkan Isi dengan angka sesuai kelas perawatan yang dipilih
11. NOMOR PASSPORT	:	Isi dengan nomor passport yang dimiliki
12. NOMOR POLIS ASURANSI	:	Isi dengan Nomor Polis Asuransi lain jika memiliki
13. NAMA PERUSAHAAN ASURANSI	:	Isi dengan nama perusahaan penanggung resiko
14. NPWP	:	Isi dengan nomor wajib pajak yang dimiliki
15. ALAMAT EMAIL	:	Isi sesuai dengan alamat surat elektronik yang dimiliki
16. NAMA FASKES TINGKAT PERTAMA	:	Isi dengan Nama Puskesmas / Dokter keluarga yang menjadi pilihan
17. NAMA FASKES DOKTER GIGI	:	Isi dengan Nama Dokter Gigi yang menjadi pilihan
<b>II. IDENTITAS SUAMI – ISTERI</b>		
1. 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
2. NAMA	:	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 N P W P	:	Isi dengan angka sesuai dengan jenis kelamin Isi dengan nomor wajib pajak yang dimiliki
5. JUMLAH IURAN YANG DIBAYAR KELAS PERAWATAN	:	Isi sesuai dengan iuran jaminan kesehatan yang dibayarkan Isi dengan angka sesuai kelas perawatan yang dipilih
6. NOMOR PASSPORT	:	Isi dengan nomor passport yang dimiliki
7. NOMOR POLIS ASURANSI	:	Isi dengan Nomor Polis Asuransi lain jika memiliki
8. NAMA PERUSAHAAN ASURANSI	:	Isi dengan nama perusahaan penanggung resiko
9. NAMA FASKES TINGKAT PERTAMA	:	Isi dengan Nama Puskesmas / Dokter keluarga yang menjadi pilihan
10. NAMA FASKES DOKTER GIGI	:	Isi dengan Nama Dokter Gigi yang menjadi pilihan
<b>III. IDENTITAS ANAK</b>		
<b>ANAK PERTAMA</b>		
1. 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
2. NAMA ANAK PERTAMA	:	Nama anak pertama yang ditanggung sesuai dengan urutan yang tercatat pada Kartu Keluarga
3. TEMPAT DAN TANGGAL LAHIR	:	Wilayah Kab / Kota tempat serta tanggal, bulan dan tahun kelahiran peserta
4. JENIS KELAMIN N P W P	:	Isi dengan angka sesuai dengan jenis kelamin Isi dengan nomor wajib pajak yang dimiliki
5. JUMLAH IURAN YANG DIBAYAR KELAS PERAWATAN	:	Isi sesuai dengan iuran jaminan kesehatan yang dibayarkan Isi dengan angka sesuai kelas perawatan yang dipilih
6. NOMOR PASSPORT	:	Isi dengan nomor passport yang dimiliki
7. NOMOR POLIS ASURANSI	:	Isi dengan Nomor Polis Asuransi lain jika memiliki
8. NAMA PERUSAHAAN ASURANSI	:	Isi dengan nama perusahaan penanggung resiko
9. NAMA FASKES TINGKAT PERTAMA	:	Isi dengan Nama Puskesmas / Dokter keluarga yang menjadi pilihan
10. NAMA FASKES DOKTER GIGI	:	Isi dengan Nama Dokter Gigi yang menjadi pilihan



ANAK KEDUA		
1. 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
2. NAMA ANAK KEDUA	:	Nama anak kedua yang ditanggung sesuai dengan urutan yang tercatat pada Kartu Keluarga
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
N P W P	:	Isi dengan nomor wajib pajak yang dimiliki
5. JUMLAH IURAN YANG DIBAYAR KELAS PERAWATAN	:	Isi sesuai dengan iuran jaminan kesehatan yang dibayarkan
	:	Isi dengan angka sesuai kelas perawatan yang dipilih
6. NOMOR PASSPORT	:	Isi dengan nomor passport yang dimiliki
7. NOMOR POLIS ASURANSI	:	Isi dengan Nomor Polis Asuransi lain jika memiliki
8. NAMA PERUSAHAAN ASURANSI	:	Isi dengan nama perusahaan penanggung resiko
9. NAMA FASKES TINGKAT PERTAMA	:	Isi dengan Nama Puskesmas / Dokter keluarga yang menjadi pilihan
10. NAMA FASKES DOKTER GIGI	:	Isi dengan Nama Dokter Gigi yang menjadi pilihan
ANAK KETIGA		
1. 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
2. NAMA ANAK KETIGA	:	Nama anak ketiga yang ditanggung sesuai dengan urutan yang tercatat pada Kartu Keluarga
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
N P W P	:	Isi dengan nomor wajib pajak yang dimiliki
5. JUMLAH IURAN YANG DIBAYAR KELAS PERAWATAN	:	Isi sesuai dengan iuran jaminan kesehatan yang dibayarkan
	:	Isi dengan angka sesuai kelas perawatan yang dipilih
6. NOMOR PASSPORT	:	Isi dengan nomor passport yang dimiliki
7. NOMOR POLIS ASURANSI	:	Isi dengan Nomor Polis Asuransi lain jika memiliki
8. NAMA PERUSAHAAN ASURANSI	:	Isi dengan nama perusahaan penanggung resiko
9. NAMA FASKES TINGKAT PERTAMA	:	Isi dengan Nama Puskesmas / Dokter keluarga yang menjadi pilihan
10. NAMA FASKES DOKTER GIGI	:	Isi dengan Nama Dokter Gigi yang menjadi pilihan