

Nomor Register Penanggung Tambahan Anggota Keluarga (diisi oleh petugas BPJS-Kesehatan)

Pekerja Penerima Upah <input type="checkbox"/> Pegawai Negeri Sipil (PNS) Pusat <input type="checkbox"/> PNS Pusat diperbantukan BUMN/BUMD dan Badan Lainnya <input type="checkbox"/> Pegawai Negeri Sipil Daerah <input type="checkbox"/> PNS Daerah diperbantukan BUMD atau Badan lainnya <input type="checkbox"/> TNI Angkatan Darat <input type="checkbox"/> TNI Angkatan Laut <input type="checkbox"/> TNI Angkatan Udara <input type="checkbox"/> Kepolisian Republik Indonesia <input type="checkbox"/> Pejabat Negara <input type="checkbox"/> Peg. Pemerintah Non PNS <input type="checkbox"/> Pegawai Badan Usaha Milik Negara <input type="checkbox"/> Pegawai Badan Usaha Milik Daerah <input type="checkbox"/> Pegawai Swasta	Pekerja Bukan Penerima Upah <input type="checkbox"/> Pekerja Mandiri <input type="checkbox"/>	Bukan Pekerja <input type="checkbox"/> Penerima Pensiun PNS <input type="checkbox"/> Penerima Pensiun TNI <input type="checkbox"/> Penerima Pensiun Polri <input type="checkbox"/> Penerima Pensiun Pejabat Negara <input type="checkbox"/> Veteran <input type="checkbox"/> Perintis Kemerdekaan <input type="checkbox"/> Investor <input type="checkbox"/> Pemberi Kerja <input type="checkbox"/> Penerima Pensiun Swasta	Pembayaran luran Jaminan Kesehatan Melalui Rekening Bank <input type="checkbox"/> Mandiri <input type="checkbox"/> BNI <input type="checkbox"/> BRI <input type="checkbox"/> Lainnya
--	--	---	---

Petugas Verifikasi : Tanggal Verifikasi : Petugas Entry :

IDENTITAS TAMBAHAN ANGGOTA KELUARGA

1 Tambahan Anggota Keluarga ke

1 Nomor Identitas Kependudukan	<input type="text"/>	Foto Peserta Ukuran 3 x 4 cm	Verifikasi
2 Nama	<input type="text"/>		
3 Tempat dan Tanggal Lahir	<input type="text"/>		
4 Jenis Kelamin	<input type="checkbox"/> 1 = Laki-Laki; 2 = Perempuan		
5 Jumlah luran yang dibayar	Rp. <input type="text"/>		
6 Hak Kelas Perawatan yg dipilih	<input type="checkbox"/> 1. Kelas I, 2. Kelas II, 3. Kelas III		
7 Nomor Passport	<input type="text"/>		
8 No.Polis Asuransi Kesehatan *)	<input type="text"/> (isi jika memiliki polis asuransi kesehatan lainnya)		
9 Nama Perusahaan Asuransi	<input type="text"/>		
10 Alamat tempat tinggal	<input type="text"/>		
Desa/Kelurahan	<input type="text"/> RT <input type="text"/> RW <input type="text"/>		
Kecamatan	Kode Pos <input type="text"/>		
Kabupaten/Kota	<input type="text"/>		
11 Nama Faskes Tingkat Pertama	Kode Faskes <input type="text"/>		
12 Nama Faskes Dokter Gigi	Kode Faskes <input type="text"/>		

2 Tambahan Anggota Keluarga ke

1 Nomor Identitas Kependudukan	<input type="text"/>	Foto Peserta Ukuran 3 x 4 cm	Verifikasi
2 Nama	<input type="text"/>		
3 Tempat dan Tanggal Lahir	<input type="text"/>		
4 Jenis Kelamin	<input type="checkbox"/> 1 = Laki-Laki; 2 = Perempuan		
5 Jumlah luran yang dibayar	Rp. <input type="text"/>		
6 Hak Kelas Perawatan yg dipilih	<input type="checkbox"/> 1. Kelas I, 2. Kelas II, 3. Kelas III		
7 Nomor Passport	<input type="text"/>		
8 No.Polis Asuransi Kesehatan *)	<input type="text"/> (isi jika memiliki polis asuransi kesehatan lainnya)		
9 Nama Perusahaan Asuransi	<input type="text"/>		
10 Alamat tempat tinggal	<input type="text"/>		
Desa/Kelurahan	<input type="text"/> RT <input type="text"/> RW <input type="text"/>		
Kecamatan	Kode Pos <input type="text"/>		
Kabupaten/Kota	<input type="text"/>		
11 Nama Faskes Tingkat Pertama	Kode Faskes <input type="text"/>		
12 Nama Faskes Dokter Gigi	Kode Faskes <input type="text"/>		

Isilah dengan huruf kapital dan mudah dibaca

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

.....201...
Tanda Tangan Peserta

**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		Diisi oleh petugas BPJS Kesehatan
Petugas Verifikasi : Nama petugas yang melakukan verifikasi		
Tanggal Verifikasi : Tanggal Pelaksanaan verifikasi dilaksanakan		
Petugas Entry : Nama petugas yang melakukan entry data		
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