

Petugas Verifikasi & Tanggal :

Petugas Entri & Tanggal :

DIISI OLEH PESERTA

Verifikasi

1 Nama :

2 Nomor Kartu BPJS Kesehatan :

ISILAH SESUAI DENGAN PERUBAHAN YANG DIKEHENDAKI

1 Perubahan Alamat Tempat Tinggal

a Alamat Baru :

b Kelurahan : Rt / Rw /

c Kecamatan :

d Kabupaten / Kota :

e Provinsi : Kode Pos

2 Perubahan Tempat Bekerja

a Nama Instansi / Perusahaan sebelumnya :

b Kode Satker / Kode Badan Usaha Sebelumnya :

c Nama Instansi / Perusahaan sekarang :

d Kode Satker / Kode Badan Usaha sekarang :

e Nama Instansi Pembayar Gaji :

f Kode Satker Pembayar Gaji :

3 Perubahan Golongan Kepangkatan / Gaji

a Bagi PNS / TNI / POLRI / PPNPN

1) Golongan Sebelumnya : / Golongan Baru : /

2) Pangkat Sebelumnya : Pangkat Baru :

3) Gaji / Upah Baru : RP TMT Gol Baru - -

b Bagi Pegawai BUMN / BUMD, Swasta dan Pekerja Lainnya

1) Gaji / Upah Baru : RP TMT Gol Baru - -

2) Nomor Virtual Account :

4 Perubahan Fasilitas Kesehatan

a Nama Faskes Tingkat Pertama Sebelumnya : Kode

b Nama Faskes Tingkat Pertama Baru : Kode

c Nama Faskes Dokter Gigi Sebelumnya : Kode

d Nama Faskes Dokter Gigi Baru : Kode

5 Perubahan Peserta Aktif Menjadi Pensiun

a Bagi PNS / TNI / POLRI / Pejabat Negara

TMT Pensiun : - -

b Bagi Pegawai BUMN / BUMD, Swasta dan Pekerja Lainnya

TMT Pensiun : - -

Nomor Virtual Account :

6 Peserta Meninggal

a Nama :

b Nomor Kartu BPJS Kesehatan :

c Nomor akta / Surat Kematian : Tgl Meninggal - -

Persetujuan (Informed Consent)

- 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.
 - Mengisi dan memberikan data dengan benar dan dapat dipertanggungjawabkan.
 - Mendaftarkan diri dan anggota keluarganya menjadi peserta BPJS Kesehatan.
 - Menjaga identitas peserta (Kartu BPJS Kesehatan atau e-ID) agar tidak rusak, hilang atau dimanfaatkan oleh orang yang tidak berhak.
 - Melaporkan kehilangan dan kerusakan identitas peserta yang diterbitkan oleh BPJS Kesehatan kepada BPJS Kesehatan.
 - 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 selambat-lambatnya 7 (tujuh) hari atau 30 (tiga puluh) hari untuk bayi baru lahir.
 - Menyetujui bahwa iuran yang dibayarkan tidak dikembalikan sekalipun belum mendapatkan manfaat pelayanan kesehatan dan iuran tersebut sudah diikhlasakan untuk menolong peserta lain yang terkena musibah.
 - 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.



....., 20....
Tanda Tangan Peserta

(.....)

**PETUNJUK PENGISIAN DAN VERIFIKASI
FORMULIR PERUBAHAN DATA PESERTA PEKERJA PENERIMA UPAH
BADAN PENYELENGGARA JAMINAN SOSIAL KESEHATAN**

Pengisian Formulir Perubahan Data Peserta Badan Penyelenggara Jaminan sosial Kesehatan ini 1 (satu) lembar untuk 1 (satu) orang peserta dan agar dapat ditulis dengan jelas, apabila memungkinkan diketik / ditulis dengan tinta hitam dan huruf kapitalserta beri tanda (V) pada kotak pilihan.

Petugas Verifikasi	:	Nama Petugas yang melakukan verifikasi	Diisi oleh Petugas BPJS Kesehatan
Tanggal Verifikasi	:	Tanggal Pelaksanaan verifikasi	
Petugas Entri	:	Nama Petugas yang melakukan entri	
Tanggal Entri	:	Tanggal Pelaksanaan entri	

Nama	:	Nama sesuai dengan nama yang tercantum dalam Identitas Peserta BPJS Kesehatan
Nomor Kartu BPJS Kesehatan	:	Isi sesuai dengan Nomor yang ada pada Identitas BPJS Kesehatan

1 Perubahan Alamat Tempat Tinggal

- | | | | |
|---|------------------|---|---|
| a | Alamat Baru | : | Isi sesuai dengan Alamat Tempat Tinggal KTP baru |
| b | Kelurahan | : | Isi sesuai dengan Kelurahan berdasarkan KTP baru |
| c | Kecamatan | : | Isi sesuai dengan Kecamatan berdasarkan KTP baru |
| d | Kabupaten / Kota | : | Isi sesuai dengan Kabupaten / Kota berdasarkan KTP baru |
| e | Provinsi | : | Isi sesuai dengan Provinsi berdasarkan KTP baru |
| | Kode Pos | : | Isi sesuai dengan Kode Pos |

2 Perubahan Tempat Bekerja

- | | | | |
|---|---|---|--|
| a | Nama Instansi / Perusahaan Sebelumnya | : | Isi sesuai dengan Nama Instansi / Perusahaan Sebelumnya |
| b | Kode Satker / Kode Badan Usaha Sebelumnya | : | Isi sesuai dengan Kode Satker / Kode Badan Usaha Sebelumnya |
| c | Nama Instansi / Perusahaan Sekarang | : | Isi sesuai dengan Nama Instansi / Perusahaan Sekarang |
| d | Kode Satker / Kode Badan Usaha Sekarang | : | Isi sesuai dengan Kode Satker / Kode Badan Usaha Sekarang |
| e | Nama Instansi Pembayar Gaji | : | Isi sesuai dengan Nama Instansi pembayar gaji untuk peserta Penyelenggara Negara |
| f | Kode Satker Pembayar Gaji | : | Isi sesuai dengan Kode Satker pembayar gaji untuk peserta Penyelenggara Negara |

3

- | | | | |
|----|--|---|--|
| a | Bagi PNS / TNI / POLRI / PPNPN | | |
| 1) | Golongan Sebelumnya | : | Isi sesuai dengan Golongan Sebelumnya |
| | Golongan Baru | : | Isi sesuai dengan Golongan Sekarang sesuai dengan Surat Keputusan terbaru |
| 2) | Pangkat Sebelumnya | : | Isi sesuai dengan Pangkat Sebelumnya |
| | Pangkat Baru | : | Isi sesuai dengan Pangkat Sekarang sesuai dengan Surat Keputusan terbaru |
| 3) | Gaji / Upah Baru | : | Isi sesuai dengan besaran Gaji / Upah Sekarang sesuai dengan Bukti / Dokumen terbaru |
| b | Bagi Pegawai BUMN / BUMD, Swasta dan Pekerja Lainnya | | |
| 1) | Gaji / Upah Baru | : | Isi sesuai dengan besaran Gaji / Upah Sekarang sesuai dengan Bukti / Dokumen terbaru |
| 2) | Nomor <i>Virtual Account</i> | : | Isi sesuai dengan sesuai dengan nomor <i>Virtual Account</i> |

4 Perubahan Fasilitas Kesehatan

- | | | | |
|---|--|---|---|
| a | Nama Faskes Tingkat Pertama Sebelumnya | : | Isi sesuai dengan Nama Faskes Tingkat Pertama yang dipilih sebelumnya |
| b | Nama Faskes Tingkat Pertama Baru | : | Isi sesuai dengan Nama Faskes Tingkat Pertama yang dipilih sekarang |
| c | Nama Faskes Dokter Gigi Sebelumnya | : | Isi sesuai dengan Nama Faskes Dokter Gigi yang dipilih sebelumnya |
| d | Nama Faskes Dokter Gigi Baru | : | Isi sesuai dengan Nama Faskes Dokter Gigi yang dipilih sekarang |

5 Perubahan Peserta Aktif Menjadi Pensiun

- | | | | |
|---|--|---|--|
| a | Bagi PNS / TNI / POLRI / Pejabat Negara | | |
| | TMT Pensiun | : | Isi dengan TMT (Terhitung Mulai Tanggal) Pensiun |
| b | Bagi Pegawai BUMN / BUMD, Swasta dan Pekerja Lainnya | | |
| | TMT Pensiun | : | Isi dengan TMT (Terhitung Mulai Tanggal) Pensiun |
| | Nomor <i>Virtual Account</i> | : | Isi sesuai dengan sesuai dengan nomor <i>Virtual Account</i> |

5 Peserta Meninggal

- | | | | |
|---|-----------------------------|---|---|
| a | Nama | : | Isi sesuai dengan Nama yang tertera pada Identitas Peserta |
| b | Nomor Kartu BPJS Kesehatan | : | Isi sesuai dengan Nomor peserta yang tertera pada Identitas Peserta |
| c | Nomor Akta / Surat Kematian | : | Isi sesuai dengan Nomor Akta / Surat Kematian |