

- Mohon mengisi dengan menggunakan tinta hitam, huruf cetak dan jelas  
- Jika terjadi kesalahan penulisan jangan dihapus, bubuhkan tanda tangan Anda disebelahnya sesuai dengan tanda tangan pada KTP

Nomor Identitas Peserta BPJS Kesehatan

(diisi oleh Petugas BPJS Kesehatan)

Tanggal Verifikasi  Petugas Verifikasi  Petugas Entri:

Jenis Pekerja  
 Pensiunan BUMN     Pensiunan BUMD     Pensiunan BU Swasta     .....

**I. Identitas Peserta** Verifikasi

Nomor Kartu Keluarga											
NIK/ KITAS/ KITAP											
Nama Lengkap											
Nama Pada Kartu											
Jenis Kelamin	1 = Laki-laki, 2 = Perempuan					Agama					
Tempat Lahir											
Tanggal Lahir						Status Pernikahan <input type="checkbox"/> 1 = Kawin, 2 = Belum Kawin, 3 = Janda, 4 = Duda					
Nomor Handphone											
Alamat email											
Alamat Tempat Tinggal											
Kelurahan											
Kecamatan											
Kabupaten/Kota											
Provinsi											
<i>Harap Dicentang Apabila Alamat Tempat Tinggal Sama Dengan Alamat Surat Menyurat</i>											
Alamat Surat Menyurat											
Kelurahan											
Kecamatan											
Kabupaten/Kota											
Provinsi											
Kode Pos											

**II. Identitas Pekerjaan**

TMT Pensiun  -  -

**III. 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

Faskes Dokter Gigi

**IV. Informasi Lain-Lain**

1 Khusus WNA

Nomor Passport

Tanggal Passport  berlaku s.d

Nomor KITAS/KITAB

Surat Ijin Bekerja Dari Instansi Berwenang  1 = Ada, 2 = Tidak

2 Catatan Lain-Lain

**V. Anggota Keluarga**

<b>Nama Suami/Istri :</b>											
NIK/ KITAS/ KITAP											
Nomor Telepon											
Nama Faskes Tingkat Pertama											
Nama Faskes Dokter Gigi											
<b>Nama Anak I :</b>											
NIK/ KITAS/ KITAP											
Nomor Telepon											
Nama Faskes Tingkat Pertama											
Nama Faskes Dokter Gigi											
<b>Nama Anak II :</b>											
NIK/ KITAS/ KITAP											
Nomor Telepon											
Nama Faskes Tingkat Pertama											
Nama Faskes Dokter Gigi											
<b>Nama Anak III :</b>											
NIK/ KITAS/ KITAP											
Nomor Telepon											
Nama Faskes Tingkat Pertama											
Nama Faskes Dokter Gigi											
<b>Nama Anggota Keluarga Lainnya:</b>											
NIK/ KITAS/ KITAP											
Nomor Telepon											
Nama Faskes Tingkat Pertama											
Nama Faskes Dokter Gigi											

a. Jumlah Anggota Keluarga Yang didaftarkan : .....

b. Jumlah Iuran Peserta Per Bulan : .....

c. Total Iuran Peserta Per Bulan (a dikali b) : .....

**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 dimanfaatkan 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 atau seluruh iuran anggota keluarga yang memiliki virtual account sebagaimana yang didaftarkan; dan
- 10 Menyetujui tidak meningkatkan kelas perawatan dengan membayar sendiri selisih biaya perawatan untuk Peserta yang memilih manfaat perawatan kelas III
- 11 Melaporkan perubahan status data peserta dan anggota keluarga, perubahan yang dimaksud adalah perubahan fasilitas kesehatan, susunan keluarga/jumlah peserta, dan anggota
- 12 Menyetujui bahwa iuran yang dibayarkan tidak dikembalikan sekalipun belum mendapatkan manfaat pelayanan kesehatan dan iuran tersebut sudah diikhilaskan untuk menolong
- 13 Memberikan kuasa kepada BPJS Kesehatan untuk mengelola dana amanat milik seluruh Peserta yang merupakan himpunan iuran beserta hasil pengembangannya untuk pembayaran

Saya menerima dan menyetujui Syarat dan Ketentuan layanan pendaftaran BPJS Kesehatan

..... 201

Tanda Tangan Peserta

(.....)

**PETUNJUK PENGISIAN DAN VERIFIKASI  
PESERTA 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 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  
Tanggal Verifikasi : Tanggal Pelaksanaan verifikasi dilaksanakan  
Petugas Verifikasi : Nama Petugas yang melakukan verifikasi  
Petugas entry : Nama Petugas yang melakukan entry

Diisi oleh Petugas BPJS Kesehatan

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  
Jenis Kelamin : Isi dengan angka sesuai dengan jenis kelamin  
Tempat Tanggal Lahir : Wilayah Kab/Kota tempat serta tanggal bulan dan tahun kelahiran peserta  
Status Pernikahan : Isi sesuai dengan status pernikahan  
Alamat Tempat Tinggal : Isi sesuai dengan alamat tempat tinggal berdasarkan KTP  
Alamat Surat Menyurat : Isi sesuai dengan alamat tempat tinggal sekarang  
Nomor Telepon : Isi sesuai dengan nomor kontak yang mudah dihubungi  
Alamat Email : Isi dengan alamat surel elektronik yang dimiliki

**II. IDENTITAS PEKERJAAN**

TMT Pensiun

**III. KELAS RAWAT DAN FASKES**

Faskes Tingkat I : Isi dengan nama Puskesmas/Klinik/ Dokter keluarga yang menjadi pilihan  
Faskes Dokter Gigi : Isi dengan nama Dokter gigi yang menjadi pilihan

**IV. INFORMASI LAIN-LAIN**

Khusus WNA  
Nomor Passport : Isi dengan Nomor Passport yang dimiliki  
Tanggal Passport : Isi tanggal passport sesuai dengan tanggal yang tertera pada passport  
Nomor KITAS/KITAB : Isi dengan Nomor KITAS/KITAB yang dimiliki  
Surat Ijin Bekerja Dari Instansi Berwenang : Isi dengan surat ijin bekerja yang dikeluarkan oleh instansi yang berwenang.  
Catatan Lain-lain : Isi dengan informasi lain selain informasi lain-lain diatas

**V Anggota Keluarga**

**Suami/Istri**

NIK/ KITAS/ KITAP : Isi nomor identitas yang tertera pada kartu tanda penduduk (KTP)/KK, dan bagi warga negara asing mengisi Nomor KITAS/KITAP  
Tanggal Lahir : Isi tanggal bulan dan tahun kelahiran peserta  
Nomor Telepon : Isi sesuai dengan nomor kontak yang mudah dihubungi  
Jenis Kelamin : Isi dengan angka sesuai dengan jenis kelamin  
Kewarganegaraan : Isi dengan angka sesuai dengan status kewarganegaraan dan tulis asal kebangsaan  
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

**Anak I**

NIK/ KITAS/ KITAP : Isi nomor identitas yang tertera pada kartu tanda penduduk (KTP)/KK, dan bagi warga negara asing mengisi Nomor KITAS/KITAP  
Tanggal Lahir : Isi tanggal bulan dan tahun kelahiran peserta  
Nomor Telepon : Isi sesuai dengan nomor kontak yang mudah dihubungi  
Jenis Kelamin : Isi dengan angka sesuai dengan jenis kelamin  
Kewarganegaraan / Kebangasaan : Isi dengan angka sesuai dengan status kewarganegaraan dan tulis asal kebangsaan  
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

**Anak II**

NIK/ KITAS/ KITAP : Isi nomor identitas yang tertera pada kartu tanda penduduk (KTP)/KK, dan bagi warga negara asing mengisi Nomor KITAS/KITAP  
Tanggal Lahir : Isi tanggal bulan dan tahun kelahiran peserta  
Nomor Telepon : Isi sesuai dengan nomor kontak yang mudah dihubungi  
Jenis Kelamin : Isi dengan angka sesuai dengan jenis kelamin  
Kewarganegaraan / Kebangasaan : Isi dengan angka sesuai dengan status kewarganegaraan dan tulis asal kebangsaan  
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

**Anak III**

NIK/ KITAS/ KITAP : Isi nomor identitas yang tertera pada kartu tanda penduduk (KTP)/KK, dan bagi warga negara asing mengisi Nomor KITAS/KITAP  
Tanggal Lahir : Isi tanggal bulan dan tahun kelahiran peserta  
Nomor Telepon : Isi sesuai dengan nomor kontak yang mudah dihubungi  
Jenis Kelamin : Isi dengan angka sesuai dengan jenis kelamin  
Kewarganegaraan / Kebangasaan : Isi dengan angka sesuai dengan status kewarganegaraan dan tulis asal kebangsaan  
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

**Anggota Keluarga Lainnya**

NIK/ KITAS/ KITAP : Isi nomor identitas yang tertera pada kartu tanda penduduk (KTP)/KK, dan bagi warga negara asing mengisi Nomor KITAS/KITAP  
Tanggal Lahir : Isi tanggal bulan dan tahun kelahiran peserta  
Nomor Telepon : Isi sesuai dengan nomor kontak yang mudah dihubungi  
Jenis Kelamin : Isi dengan angka sesuai dengan jenis kelamin  
Kewarganegaraan / Kebangasaan : Isi dengan angka sesuai dengan status kewarganegaraan dan tulis asal kebangsaan  
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