

- 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
- Isilah Sesuai Dengan Data Yang Mengalami Perubahan

Nomor Identitas Peserta BPJS Kesehatan

(diisi oleh Petugas BPJS Kesehatan)

Tanggal Verifikasi: _____ Petugas Verifikasi: _____ Petugas Entri: _____

Jenis Peserta
 Pekerja Bukan Penerima Upah Bukan Pekerja

I. Identitas Peserta Verifikasi

Nomor Kartu Keluarga											
NIK/ KITAS/ KITAP											
Nama Lengkap											
Jenis Kelamin	1 = Laki-laki, 2 = Perempuan					Agama					
Tempat Lahir											
Tanggal Lahir						Golongan Darah					
Status Pernikahan	1 = Kawin, 2 = Belum Kawin, 3 = Janda, 4 = Duda										
Nomor Handphone											
Alamat email											
Alamat Tempat Tinggal											
Kelurahan						Rt/Rw					
Kecamatan											
Kabupaten/Kota											
Provinsi											
Harap Dicentang Apabila Alamat Tempat Tinggal Sama Dengan Alamat Surat Menyurat											
Alamat Surat Menyurat											
Kelurahan						Rt/Rw					
Kecamatan											
Kabupaten/Kota											
Provinsi											

II. Kelas Rawat dan Faskes

Kelas Perawatan	1 = Kelas Rawat I, 2 = Kelas Rawat II, 3 = Kelas Rawat III										
Faskes Tingkat I											
Faskes Dokter Gigi											

** Kelas Rawat Harus Sama Dalam Satu Keluarga*

III. Anggota Keluarga

Nama Suami/Istri :														
NIK/ KITAS/ KITAP						Jenis Kelamin						L	P	
Nomor Telepon												Tgl. Lahir		
Nama Faskes Tingkat Pertama						Kewarganegaraan					1=WNI,2=WNA			
Nama Faskes Dokter Gigi											Kebangsaan			
Nama Anak I :														
NIK/ KITAS/ KITAP						Jenis Kelamin						L	P	
Nomor Telepon												Tgl. Lahir		
Nama Faskes Tingkat Pertama						Kewarganegaraan					1=WNI,2=WNA			
Nama Faskes Dokter Gigi											Kebangsaan			
Nama Anak II :														
NIK/ KITAS/ KITAP						Jenis Kelamin						L	P	
Nomor Telepon												Tgl. Lahir		
Nama Faskes Tingkat Pertama						Kewarganegaraan					1=WNI,2=WNA			
Nama Faskes Dokter Gigi											Kebangsaan			
Nama Anak III :														
NIK/ KITAS/ KITAP						Jenis Kelamin						L	P	
Nomor Telepon												Tgl. Lahir		
Nama Faskes Tingkat Pertama						Kewarganegaraan					1=WNI,2=WNA			
Nama Faskes Dokter Gigi											Kebangsaan			
Nama Anggota Keluarga Lainnya:														
NIK/ KITAS/ KITAP						Jenis Kelamin						L	P	
Nomor Telepon												Tgl. Lahir		
Nama Faskes Tingkat Pertama						Kewarganegaraan					1=WNI,2=WNA			
Nama Faskes Dokter Gigi											Kebangsaan			

IV. Perubahan Lain-lain

.....											
.....											
.....											
.....											

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

II. KELAS RAWAT DAN FASKES

Kelas Rawat : Kelas rawat harus sama dalam satu keluarga
 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

III Susunan 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 / Kebangsaan : 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 / Kebangsaan : 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 / Kebangsaan : 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 / Kebangsaan : 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

IV. PERUBAHAN LAIN-LAIN

Perubahan lain-lain : Isi dengan perubahan data lain-lain