BPJS Kesehatan
Badan Penyelenggara Jaminan Sosial

FORMULIR DAFTAR ISIAN PESERTA
PEKERJA PENERIMA UPAH,PENERIMA PENSIUN PNS/PEJABAT NEGARA/ TNI/POLRI, VETERAN DAN PERINTIS KEMERDEKAAN
BADAN PENYELENGGARA JAMINAN SOSIAL KESEHATAN

Formulir 1

Nomor Register Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan
(diisi oleh petugas BPJS Kesehatan)

Petugas Verifikasi :	Tanggal Verifikasi :	Petugas Entry :

DIISI OLEH CALON PESERTA

Pekerja Penerima Upah

- ☐ Pegawai Negeri Sipil (PNS) Pusat
- ☐ PNS Pusat diperbantukan BUMN/BUMD dan Badan Lainnya
- ☐ Pegawai Negeri Sipil Daerah
- ☐ PNS Daerah diperbantukan pada BUMD atau Badan lainnya
- ☐ TNI Angkatan Darat
- ☐ TNI Angkatan Laut
- ☐ TNI Angkatan Udara
- ☐ Kepolisian Republik Indonesia
- ☐ Pejabat Negara
- ☐ Peg. Pemerintah Non PNS
- ☐ Pegawai Badan Usaha Milik Negara
- ☐ Pegawai Badan Usaha Milik Daerah
- ☐ Pegawai Swasta

Bukan Pekerja

- ☐ Penerima Pensiun PNS
- ☐ Penerima Pensiun TNI
- ☐ Penerima Pensiun Polri
- ☐ Penerima Pensiun Pejabat Negara
- ☐ Perintis Kemerdekaan
- ☐ Veteran
- ☐ .....

Pembayaran Iuran Jaminan Kesehatan
Melalui Rekening

- ☐ Mandiri
- ☐ BNI
- ☐ BRI
- ☐ Lainnya .....

1 IDENTITAS PESERTA

Verifikasi

1 Nomor Kartu Keluarga
2 NIK / KITAS / KITAP
3 Nama Lengkap
4 Tempat dan Tanggal Lahir
5 Jenis Kelamin — 1 = Laki-Laki; 2 Perempuan — NPWP :
6 Status Pernikahan — 1=Kawin; 2=Belum kawin; 3=Janda; 4= Duda
7 Alamat tempat tinggal — RT — RW
Desa/Kelurahan
Kecamatan
Kabupaten/Kota — Kode Pos
8 Nomor Telpon — No.HP
9 Alamat Email
10 Nama Instansi/Badan/Perusahaan

a.* PNS, Pejabat Negara, Penerima Pensiun PNS , Penerima Pensiun Pejabat Negara
NIP / No. Pensiun
Golongan — 1. Gol I = 1; Gol II = 2; Gol III = 3; Gol IV = 4 — Ruang Gaji — 1 = A; 2 = B; 3 = C; 4 = D; 5 = E
TMT Kerja
Masa Kerja Golongan — Gaji Pokok/Pensiun Pokok : Rp.

b.* Anggota TNI / Polri dan Penerima Pensiun TNI/Polri
NRP / No. Pensiun
Pangkat
TMT Kerja / Pensiun — Gaji Pokok/Pensiun Pokok : Rp.

c.* Pegawai Pemerintah Non PNS
Nomor Pegawai
TMT Kerja — Gaji : Rp.

d Pegawai BUMN/BUMD, Pegawai Swasta Badan Usaha Lainnya
Nomor Pegawai
Jabatan
Status Pegawai — 1 = Tetap; 2 = Kontrak; 3 = Paruh Waktu — Kelas Rawat : 1. Kelas I, 2. Kelas II, 3 Kelas III
TMT Kerja — Gaji : Rp.

e.* Veteran RI
SKEP Gelombang No.

f.* Perintis Kemerdekaan
SKEP No.

Pilih sesuai dengan status kepegawaian saat ini

11 Satuan Kerja Pembayar Gaji
12 Kewarganegaraan — 1 = WNI; 2 = WNA — Kebangsaan
13 Nomor Passport
14 No.Polis Asuransi Kesehatan *) — Jika memiliki polis asuransi kesehatan lainnya
15 Nama Perusahaan Asuransi
16 NPWP
17 Nama Faskes Tingkat Pertama — Kode Faskes
18 Nama Faskes Dokter Gigi — Kode Faskes

Formulir 1

2 IDENTITAS SUAMI - ISTERI

a. NIK / KITAS / KITAP
b. NIP / NRP / NPP
c. Nama
d. Tempat dan Tanggal Lahir
e. Jenis Kelamin — 1 = Laki-Laki; 2 Perempuan — NPWP :
f. Nomor Passport
g. No.Polis Asuransi Kesehatan *) — (Jika memiliki polis asuransi kesehatan lainnya)
h. Nama perusahaan Asuransi
I. Nama Faskes Tingkat Pertama — Kode Faskes
J. Nama Faskes Dokter Gigi — Kode Faskes

3 IDENTITAS ANAK

Anak Pertama

a. NIK / KITAS / KITAP
b. Nama Anak Pertama
c. Tempat dan Tanggal Lahir
d. Jenis Kelamin — 1 = Laki-Laki; 2 Perempuan — NPWP :
e. Nomor Passport
f. No.Polis Asuransi Kesehatan *) — (Jika memiliki polis asuransi kesehatan lainnya)
g. Nama perusahaan Asuransi
h. Nama Faskes Tingkat Pertama — Kode Faskes
I. Nama Faskes Dokter Gigi — Kode Faskes

Anak Kedua

a. NIK / KITAS / KITAP
b. Nama Anak Kedua
c. Tempat dan Tanggal Lahir
d. Jenis Kelamin — 1 = Laki-Laki; 2 Perempuan — NPWP :
e. Nomor Passport
f. No.Polis Asuransi Kesehatan *) — (Jika memiliki polis asuransi kesehatan lainnya)
g. Nama perusahaan Asuransi
h. Nama Faskes Tingkat Pertama — Kode Faskes
I. Nama Faskes Dokter Gigi — Kode Faskes

Anak Ketiga

a. NIK / KITAS / KITAP
b. Nama Anak Ketiga
c. Tempat dan Tanggal Lahir
d. Jenis Kelamin — 1 = Laki-Laki; 2 Perempuan — NPWP :
e. Nomor Passport
f. No.Polis Asuransi Kesehatan *) — (Jika memiliki polis asuransi kesehatan lainnya)
g. Nama perusahaan Asuransi
h. Nama Faskes Tingkat Pertama — Kode Faskes
I. Nama Faskes Dokter Gigi — Kode Faskes

Isilah dengan huruf kapital dan mudah dibaca

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

Foto Peserta Ukuran 3 x 4 cm	Foto Isteri/Suami Ukuran 3 x 4 cm	Foto Anak ke 1 Ukuran 3 x 4 cm	Foto Anak ke 2 Ukuran 3 x 4 cm	Foto Anak ke 3 Ukuran 3 x 4 cm

....., ... 201..

Tanda Tangan Peserta

(.....)