Formulir 2

Anak Kedua :

1 NIK / KITAS / KITAP

2 Nama

3 Tempat dan Tanggal Lahir - -

4 Jenis Kelamin [ ] 1 = Laki-laki; 2 = Perempuan **NPWP**

5 Jumlah Iuran yang dibayar Rp. Kelas Rawat : [ ] 1. Kelas I, 2. Kelas II, 3. Kelas III

6 Nomor Passport

7 No. Polis Asuransi Kesehatan *) (isi jika memiliki polis asuransi kesehatan lainnya)

8 Nama Perusahaan Asuransi

9 Nama Faskes Tingkat Pertama Kode Faskes

10 Nama Faskes Dokter Gigi Kode Faskes

Anak Ketiga :

1 NIK / KITAS / KITAP

2 Nama

3 Tempat dan Tanggal Lahir - -

4 Jenis Kelamin [ ] 1 = Laki-laki; 2 = Perempuan **NPWP**

5 Jumlah Iuran yang dibayar Rp. Kelas Rawat : [ ] 1. Kelas I, 2. Kelas II, 3. Kelas III

6 Nomor Passport

7 No. Polis Asuransi Kesehatan *) (isi jika memiliki polis asuransi kesehatan lainnya)

8 Nama Perusahaan Asuransi

9 Nama Faskes Tingkat Pertama Kode Faskes

10 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

(.....)