BPJS Kesehatan
Badan Penyelenggara Jaminan Sosial

FORMULIR DAFTAR ISIAN PESERTA
PEKERJA BUKAN PENERIMA UPAH DAN BUKAN PEKERJA
BADAN PENYELENGGARA JAMINAN SOSIAL KESEHATAN

Formulir 2

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

Petugas Verifikasi :	**Tanggal Verifikasi :**	**Petugas Entry :**

DIISI OLEH CALON PESERTA

Pekerja Bukan Penerima Upah
- ☐ Pekerja Mandiri
- ☐ .....

Bukan Pekerja
- ☐ Investor
- ☐ Pemberi Kerja
- ☐ Penerima Pensiun Swasta
- ☐ .....

Pembayaran Iuran Jaminan Kesehatan melalui rekening :
- ☐ Mandiri
- ☐ BRI
- ☐ BNI
- ☐ Lainnya .....

I 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
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 Kewarganegaraan ☐ 1 = WNI ; 2 = WNA Kebangsaan
10 Jumlah Iuran yang dibayar Rp. Kelas Rawat : ☐ 1. Kelas I, 2. Kelas II, 3. Kelas III
11 Nomor Passport
12 No. Polis Asuransi Kesehatan *) (isi jika memiliki polis asuransi kesehatan lainnya)
13 Nama Perusahaan Asuransi
14 No. NPWP
15 Alamat Email
16 Nama Faskes Tingkat Pertama Kode Faskes
17 Nama Faskes Dokter Gigi Kode Faskes

II IDENTITAS SUAMI- ISTERI

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

III IDENTITAS ANAK

Anak Pertama :

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