

**PETUNJUK PENGISIAN DAN VERIFIKASI
PBPU, INVESTOR DAN PEMBERI KERJA
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	Diisi oleh Petugas BPJS Kesehatan
Tanggal Verifikasi : Tanggal Pelaksanaan verifikasi dilaksanakan	
Petugas Verifikasi : Nama Petugas yang melakukan verifikasi	
Petugas <i>entry</i> : Nama Petugas yang melakukan <i>entry</i>	
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
- Alamat Tempat Tinggal : Isi sesuai dengan alamat tempat tinggal berdasarkan KTP
- Nomor Handphone : Isi sesuai dengan nomor handphone yang aktif
- Alamat Surat Menyurat : Isi sesuai dengan alamat tempat tinggal sekarang
- Nomor Telepon : Isi sesuai dengan nomor kontak yang mudah dihubungi
- Kewarganegaraan : Isi dengan angka sesuai dengan status kewarganegaraan dan tulis asal kebangsaan
- Iuran Peserta Per Jiwa Per Bulan : Isi sesuai dengan iuran jaminan kesehatan yang dibayarkan, berdasarkan kelas rawat yang dipilih
- Nomor Passport : Isi sesuai dengan nomor passport yang terdengar nomor passport yang dimiliki
- No. Polis Asuransi : Isi dengan nomor polis asuransi lain jika memiliki
- No. NPWP : Isi dengan Nomor wajib pajak yang dimiliki
- Alamat Email : Isi dengan alamat surel elektronik yang dimiliki
- 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

II. KELAS RAWAT DAN FASILITAS KESEHATAN

- Kelas Perawatan
- Faskes Tingkat I : Isi dengan nama Puskesmas/Klinik/ Dokter keluarga yang dikehendaki
- Faskes Dokter Gigi : Isi dengan nama Puskesmas/Klinik/ Dokter keluarga yang dikehendaki

III. INFORMASI LAIN-LAIN

- Pekerjaan : Isi dengan Pekerjaan Peserta
- Nama Bank : Isi dengan nama Bank pembayaran iuran jaminan kesehatan
- Nomor Rekening : Isi dengan nomor rekening pemilik rekening
- Nama Pemilik Rekening : Isi dengan Nama pemilik rekening yang dimiliki