Nomor Identitas Peserta JKN-KIS

# FORMULIR DAFTAR ISIAN PERUBAHAN DATA PESERTA

**PROGRAM JAMINAN KESEHATAN NASIONAL - KARTU NDONESIA SEHAT (JKN-KIS)**

Tanggal Verifikasi……………………………………… Petugas Verifikasi ………………… Petugas Entri ……………..

Jenis Peserta

Pekerja Bukan Penerima Upah Bukan Pekerja PBI Pekerja Penerima Upah

# Isilah kolom dibawah ini sesuai dengan data yang mengalami perubahan/pembaruan

1. **IDENTITAS PESERTA** Nomor Kartu Keluarga NIK

Nama Lengkap :

KITAS/KITAP/Nomor Visa Tinggal Terbatas/

*Limited stay permit number* :

Nama Gadis Ibu Kandung :

Nomor Telepon / Handphone Alamat Domisili Surat Menyurat

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Jalan / Gang :

RT / RW : / Kabupaten :

Kelurahan / Desa : Provinsi :

Kecamatan : Kode Pos

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |

Nomor NPWP (hanya angka)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Kelas Rawat yang baru : 1 / 2 / 3

# PERUBAHAN SUSUNAN ANGGOTA KELUARGA DAN FKTP

## (diisi oleh Petugas BPJS Kesehatan)

**NO** **NAMA**

**HUB KELUARGA PESERTA/SUAMI/ISTRI/ ANAK/ORANG TUA/MERTUA**

**FASKES TK. I**

**FASKES DR GIGI \***

**IURAN NOMINAL 1% UNTUK ANAK KE-4, NOMOR KARTU PESERTA DST/ORANG TUA/MERTUA (\*\*)**



\*) Faskes Dokter Gigi diisi jika memilih Faskes Tingkat Pertama Dokter Umum

\*\*) Pilih 1% jika iuran dipotong da disetorkan melalui kas negara / pemberi kerja

\*\*\*) melampirkan fotokopi Kartu Keluarga

# PERUBAHAN PEKERJAAN

* 1. Nama Instansi / Perusahaan sekarang :

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

* 1. Kode Satker / Kode Badan Usaha Sekarang
  2. Nama Instansi Pembayar Gaji :

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

* 1. Kode Satker Pembayar Gaji :
  2. Bagi PNS / TNI / POLRI / PPNPN
     1. Golongan Baru :

/

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

* + 1. Pangkat Baru :
    2. Gaji / Upah Baru : RP TMT Gol Baru - - f Bagi Pegawai BUMN / BUMD, Swasta dan Pekerja Lainnya

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |

1) Gaji / Upah Baru : RP TMT gaji Baru - -

\*) menunjukkan asli berkas kepegawaian, slip gaji, SK terbaru

# PERUBAHAN STATUS AKTIVASI

**PESERTA MENINGGAL DUNIA**

1. Nama :

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

1. Nomor Kartu Peserta :
2. Nomor Akta / Surat Kematian : Tgl Meninggal **-** **-**

# PESERTA PINDAH KEWARGANEGARAAN/DOMISILI LUAR NEGERI

1. Nama :

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Tanggal Surat **-** **-** | | | | | | | | | | | |

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

1. Nomor Kartu Peserta :
2. Nomor Akta / Surat Kematian :

# PERSETUJUAN PESERTA (INFORMED CONSENT)

1. Penggunaan Layanan Pendaftaran JKN-KIS memiliki usaha yang cukup secara hukum untuk melaksanakan kewajiban hukum yang mengikat dari setiap kewajiban apapun yang mungkin terjadi akibat pengguna Layanan Pendaftaran JKN-KIS.
2. Mengisi dan memberikan data dengan benar dan dapat dipertanggungjawabkan.
3. Mendaftarkan diri dan anggota keluarganya menjadi peserta JKN-KIS dengan status kepesertaan seumur hudup.
4. Membayar iuran pertama paling cepat 14 (empat belas) hari kalender dan paling lambat 30 (tiga puluh) hari kalender setelah virtual account diterima, untuk mendapatkan hak dan manfaat jaminan Kesehatan
5. Menyutujui untuk mengulang proses pendaftaran apabila:
   1. belum melakukan pembayaran iuran pertama sapai dengan 30 (tiga puluh) hari kalender sejak virtual account diterima; atau
   2. melakukan perubahan data setelah 14 (empat belas) hari kalender sejak virtual account diterima dan belum melakukan pembayaran pertama.
6. Membayar iuran setiap bulan selambat-lambatnya tanggal 10 (sepuluah) setiap bulan.
7. Menyetujui Keterlambatan Pembayaran iuran JKN-KIS lebih dari 1 (satu) bulan sejak tanggal 10 (sepuluh) maka penjaminan peserta akan diberhentikan sementara. Apabila dalam 45 hari setelah kepesertaan aktif kembali peserta memperoleh layanan rawat inap, maka peserta wajib membayar denda kepada BPJS Kesehatan sebesar 2,5% (dua koma lima persen) dari biaya

pelayanan kesehatan untuk setiap bulan tertunggak.

1. Menjaga identitas kartu JKN-KIS agar tidak rusak, hilang atau dimanfaatkan oleh orang lain yang tidak berhak.
2. Melaporkan kehilangan dan kerusakan Kartu JKN-KIS kepada BPJS Kesehatan.
3. Melaporkan perubahan status data peserta dan anggota keluarga, perubahan yang dimaksud adalah perubahan fasilitas kesehatan, alamat domisili, susunan keluarga/jumlah peserta dan anggota Keluarga tambahan. Perubahan data Peserta dilakukan selambat-lambatnya 7 (tujuh) hari atau 90 (sembilan puluh) hari untuk bayi baru lahir.
4. Bersedia untuk membayar iuran JKN-KIS melalui autodebet untuk peserta PBPU dan BP Kelas 1 dan kelas 2
5. Mengikuti ketentuan dan prosedur pelayanan kesehatan yang berlaku untuk peserta JKN-KIS.
6. Memberikan kuasa kepada BPJS Kesehatan untuk menggunakan informasi medis peserta baik dari rekam medis maupun dokumen pendukung lainnya jika diperlukan. Saya menerima dan menyetujui Syarat dan Ketentuan layanan dan pendaftaran JKN-KIS

# PERNYATAAN PESERTA

Saya yang bertanda tangan dibawah ini menyatakan bahwa:

1. Menyetujui bahwa iuran yang dibayarkan sebagai hibah dan tidak dikembalikan sekalipun belum mendapatkan manfaat pelayanan kesehatan dan iuran tersebut sudah diikhlaskan untuk menolong peserta lain yang membutuhkan sebagai bentuk gotong royong.
2. Memberikan kuasa kepada BPJS Kesehatan untuk mengelola dana amanat milik seluruh peserta yang merupakan himpunan iuran beserta hasil pengembangannya untuk pembayaran manfaat kepada peserta sesuai Peraturan Perundang-Undangan.
3. Atas Kuasa pengelolaan dana manfaat sebagaimana tercantum pada angka 2, BPJS Kesehatan berhak untuk mendapatkan dana operasional penyelenggaraan program Jaminan Kesehatan dari sebagian iuran peserta yang besarnya sesuai dengan peraturan Perundang-undangan.

BPJS Kesehatan menerima kuasa pengelolaan jaminan kesehatan peserta ………………, ………/………/………

Mengetahui, Tanda Tangan Peserta

Kepala

(……………………………………………………………………) (…………………………………………)

## Created by [iskandar.ms@gmail.com](mailto:iskandar.ms@gmail.com)