BPJS Kesehatan
Badan Penyelenggara Jaminan Sosial

FORMULIR DAFTAR ISIAN TAMBAHAN ANGGOTA KELUARGA

Formulir 3

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

Petugas Verifikasi : **Petugas Entry :** **Ka. Bagian KPP :**

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

IDENTITAS TAMBAHAN ANGGOTA KELUARGA

1 Tambahan Anggota Keluarga ke..... Verifikasi

1 Nomor Identitas Kependudukan
2 Nama
3 Tempat dan Tanggal Lahir
4 Jenis Kelamin — 1 = Laki-Lkki; 2 Perempuan — Nomor Paspor
5 Jumlah Iuran yang dibayar — Kelas Rawat [ ] 1. Kelas I, 2. Kelas II, 3 Kelas III
6 No.Polis Asuransi Kesehatan *) (isi jika memiliki polis asuransi kesehatan lainnya)
7 Nama perusahaan Asuransi
8 Alamat tempat tinggal
9 RT RW
10 Desa/Kelurahan — Kode Pos
11 Kecamatan
12 Kabupaten/Kota
13 Nama Fasilitas Kesehatan Primer — Kode Faskes
14 Nama Fasilitas Kesehatan Gigi — Kode Faskes
15 Nomor Virtual Account

Pas Foto Ukuran 3x4

2 Tambahan Anggota Keluarga Ke .....

1 Nomor Identitas Kependudukan
2 Nama
3 Tempat dan Tanggal Lahir - -
4 Jenis Kelamin [ ] 1 = Laki-Lkki; 2 Perempuan — Nomor Paspor :
5 Jumlah Iuran yang dibayar — Kelas Rawat [ ] 1. Kelas I, 2. Kelas II, 3 Kelas III
6 No.Polis Asuransi Kesehatan *) (isi jika memiliki polis asuransi kesehatan lainnya)
7 Nama perusahaan Asuransi
8 Alamat tempat tinggal
9 RT RW
10 Desa/Kelurahan — Kode Pos
11 Kecamatan
12 Kabupaten/Kota
13 Nama Fasilitas Kesehatan Primer — Kode Faskes
14 Nama Fasilitas Kesehatan Gigi — Kode Faskes
15 Nomor Virtual Account

Pas Foto Ukuran 3x4

Isilah dengan huruf kapital dan mudah dibaca
Yang bertanda tangan dibawah ini bertanggung jawab secara hukum terhadap kebenaran data yang tercantum.

.....201
Tanda Tangan Peserta

(.....)