BPJS Kesehatan
Badan Penyelenggara Jaminan Sosial

FORMULIR DAFTAR ISIAN PERUBAHAN DATA

Formulir 4

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

Petugas Verifikasi :	Petugas Entry :	Ka. Bagian KPP :

DIISI OLEH PESERTA

1 Nama

2 Nomor Register BPJS Kesehatan

ISILAH SESUAI DENGAN PERUBAHAN YANG DIKEHENDAKI

Verifikasi

1 **Perubahan Faskes Primer**
- a. Nama Fasilitas Kesehatan Primer sebelumnya
- b Nama Fasilitas Kesehatan Primer yang dikehendaki — Kode Faskes
- c Nama Fasilitas Kesehatan Dokter Gigi — Kode Faskes

2 **Perubahan Tempat Tinggal**
- Alamat tempat tinggal saat ini — RT / RW
- Desa/Kelurahan — Kode Pos
- Kecamatan
- Kabupaten/Kota

3 **Perubahan Tempat Bekerja**
- a. Nama Instansi/Perusahaan sebelumnya
- b Nama Instansi/Perusahaan sekarang
- c Nomor Virtual Account Perusahaan (PNS/TNI/Polri dan pensiunannya tidak perlu diisi)

4 **Perubahan Golongan Kepangkatan**
- a. Bagi PNS
  - Golongan ruang sebelumnya / — Golongan ruang saat ini : /
- b Bagi TNI/Polri
  - Pangkat sebelumnya
  - Pangkat saat ini

5 **Perubahan Jenis Kepesertaan (Pegawai Aktif menjadi Penerima Pensiun)**
- a. Bagi PNS/TNI/Polri
  - TMT Pensiun - -
- b Bagi Pegawai BUMN/BUMD, Swasta dan Pekerja lainnya
  - TMT Pensiun - -
  - Nomor Virtual Account Perusahaan

6 **Perubahan Susunan Keluarga**
- a. **Pernikahan**
  - Nomor Identitas Kependudukan
  - Nama Pasangan Pengantin
  - Tempat dan Tanggal Lahir - -
  - Nomor Akta Pernikahan
  - Nomor Virtual Account Perusahaan (PNS/TNI/Polri dan pensiunannya tidak perlu diisi)
  - Nama Fasilitas Kesehatan Primer — Kode Faskes
  - Nama Fasilitas Kesehatan Drg. — Kode Faskes
- b **Perceraian**
  - Nama Pasangan Cerai
  - Nomor Akta Perceraian
- c **Penambahan/Kelahiran Anak**
  - Nomor Identitas Kependudukan
  - Nama Anak
  - Tempat dan Tanggal Lahir - -
  - Nomor Akta Kelahiran
  - Nomor Virtual Account Perusahaan (PNS/TNI/Polri dan pensiunannya tidak perlu diisi)
  - Nama Fasilitas Kesehatan Primer — Kode Faskes
  - Nama Fasilitas Kesehatan Drg. — Kode Faskes
- d **Meninggal**
  - Nama
  - Nomor Registrasi BPJS Kesehatan
  - Nomor Akta/surat Keterangan Kematian

Pas Foto Ukuran 3 x 4

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

(.....)