

Nomor Register Peserta Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan

(diisi oleh petugas BPJS-Kesehatan)

Petugas Verifikasi :	Tanggal Verifikasi :	Petugas Entry :
----------------------	----------------------	-----------------

**DIISI OLEH PESERTA**

1 Nama		
2 Nomor Register BPJS Kesehatan		

**ISILAH SESUAI DENGAN PERUBAHAN YANG DIKEHENDAKI**

<b>1 Perubahan Faskes Primer</b>		Verifikasi
a. Nama Faskes Tingkat Pertama sebelumnya		
b. Nama Faskes Tingkat Pertama yang dikehendaki	Kode Faskes	
c. Nama Faskes Dokter Gigi sebelumnya		
d. Nama Faskes Dokter Gigi yg dikehendaki	Kode Faskes	
<b>2 Perubahan Tempat Tinggal</b>		
Alamat tempat tinggal saat ini		
Desa/Kelurahan	RT	RW
Kecamatan	Kode Pos	
Kabupaten/Kota		
<b>3 Perubahan Tempat Bekerja</b>		
a. Nama Instansi/Perusahaan sebelumnya		
b. Nama Instansi/Perusahaan sekarang		
c. Nomor Virtual Account Perusahaan	<small>(PNS/TNI/Polri dan Pensiunannya tidak diisi)</small>	
<b>4 Perubahan Golongan Kepangkatan</b>		
a. Bagi PNS		
Golongan ruang sebelumnya	/	Golongan ruang saat ini : /
b. Bagi TNI/Polri		
Pangkat sebelumnya		
Pangkat saat ini		
<b>5 Perubahan Jenis Kepesertaan (Pegawai Aktif menjadi Penerima Pensiun)</b>		
a. Bagi PNS/TNI/Polri		
TMT Pensiun	- -	
b. Bagi Pegawai BUMN/BUMD, Swasta dan Pekerja lainnya		
TMT Pensiun	- -	
Nomor Virtual Account Perusahaan		
<b>6 Perubahan Susunan Keluarga</b>		
a. <b>Pernikahan</b>		
Nomor Identitas Kependudukan		
Nama Suami / Istri		
Tempat dan Tanggal Lahir		
Nomor Akta Pernikahan		
Nomor Virtual Account Perusahaan	<small>(PNS/TNI/Polri dan Pensiunannya tidak diisi)</small>	
Nomor Passport		
Nama Fasilitas Kesehatan Primer	Kode Faskes	
Nama Fasilitas Kesehatan Dokter Gigi	Kode Faskes	
b. <b>Perceraian</b>		
Nama Suami / Istri		
Nomor Akta Perceraian		
c. <b>Penambahan/Kelahiran Anak</b>		
Nomor Identitas Kependudukan		
Nama Anak		
Tempat dan Tanggal Lahir		
Nomor Akta Kelahiran		
Nomor Virtual Account Perusahaan	<small>(PNS/TNI/Polri dan Pensiunannya tidak diisi)</small>	
Nama Fasilitas Kesehatan Primer	Kode Faskes	
Nama Fasilitas Kesehatan Dokter Gigi	Kode Faskes	
d. <b>Meninggal</b>		
Nama		
Nomor Registrasi BPJS Kesehatan		
Nomor Akta / Surat Keterangan Kematian		



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

(.....)

