

#### **SALINAN**

## PERATURAN BADAN PENYELENGGARA JAMINAN SOSIAL KETENAGAKERJAAN NOMOR 1 TAHUN 2018

#### TENTANG

BENTUK KARTU PESERTA, SERTIFIKAT KEPESERTAAN, DAN FORMULIR
PROGRAM JAMINAN KECELAKAAN KERJA, PROGRAM JAMINAN
KEMATIAN, PROGRAM JAMINAN HARI TUA, DAN PROGRAM JAMINAN
PENSIUN KEPESERTAAN BADAN PENYELENGGARA JAMINAN SOSIAL
KETENAGAKERJAAN

#### DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

## DIREKTUR UTAMA BADAN PENYELENGGARA JAMINAN SOSIAL KETENAGAKERJAAN,

- bahwa Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Menimbang : a. Sosial Ketenagakerjaan Nomor 3 Tahun 2015 tentang Bentuk Kartu Peserta, Sertifikat Kepesertaan, dan Formulir Program jaminan Kecelakaan Kerja, Program Jaminan Kematian, Program Jaminan Hari Tua dan Jaminan Pensiun belum memenuhi Program kebutuhan seiring dengan perkembangan kemajuan teknologi meningkatkan pelayanan guna memperluas cakupan kepesertaan, sehingga perlu diganti;
  - b. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a, perlu menetapkan Peraturan

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Ketenagakerjaan tentang Bentuk Kartu Peserta, Sertifikat Kepesertaan, dan Formulir Program Jaminan Kecelakaan Kerja, Program Jaminan Kematian, Program Jaminan Hari Tua dan Program Jaminan Pensiun;

#### Mengingat

- : 1. Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 150, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4456);
  - Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 116, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5256);
  - 3. Peraturan Pemerintah Nomor 44 Tahun 2015 tentang Penyelenggaraan Program Jaminan Kecelakaan Kerja dan Jaminan Kematian (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 154 Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5714);
  - Peraturan Pemerintah Nomor 45 Tahun 2015 tentang Penyelenggaraan Program Jaminan Pensiun (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 155, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5715);
  - 5. Peraturan Pemerintah Nomor 46 Tahun 2015 tentang Penyelenggaraan Program Jaminan Hari (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 156, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5716) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Pemerintah Nomor 60 Tahun 2015 tentang Perubahan atas Peraturan Pemerintah Nomor 46 Tahun 2015 tentang Penyelenggaraan Program Jaminan Hari Tua (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 187, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5730);

#### MEMUTUSKAN:

Menetapkan : PERATURAN BADAN PENYELENGGARA JAMINAN SOSIAL KETENAGAKERJAAN TENTANG BENTUK KARTU PESERTA, SERTIFIKAT KEPESERTAAN, DAN FORMULIR PROGRAM JAMINAN KECELAKAAN KERJA, PROGRAM JAMINAN KEMATIAN, PROGRAM JAMINAN HARI TUA, DAN PROGRAM JAMINAN PENSIUN KEPESERTAAN BADAN PENYELENGGARA JAMINAN SOSIAL KETENAGAKERJAAN.

## BAB I KETENTUAN UMUM

#### Pasal 1

Dalam Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Ketenagakerjaan ini yang dimaksud dengan:

- 1. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Ketenagakerjaan yang selanjutnya disebut BPJS Ketenagakerjaan adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan kecelakaan kerja, jaminan hari tua, jaminan pensiun, dan jaminan kematian.
- 2. Kartu Peserta BPJS Ketenagakerjaan yang selanjutnya disebut Kartu Peserta adalah kartu tanda kepesertaan dari BPJS Ketenagakerjaan yang memiliki nomor identitas tunggal yang berlaku untuk program jaminan kecelakaan kerja, jaminan hari tua, jaminan pensiun, dan jaminan kematian sesuai dengan penahapan kepesertaan.
- 3. Sertifikat Kepesertaan adalah tanda kepesertaan pemberi kerja dan pemberi kerja jasa konstruksi yang memiliki nomor pendaftaran pemberi kerja sebagai bukti tanda kepesertaan program jaminan sosial ketenagakerjaan.
- 4. Pihak Lain adalah Pemerintah Pusat, Pemerintah Daerah Provinsi, Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota, badan usaha, asosiasi, lembaga keuangan, koperasi atau lembaga terkait lainnya.

5. Nomor Induk Kependudukan yang selanjutnya disingkat NIK adalah nomor identitas Penduduk yang bersifat unik atau khas, tunggal dan melekat pada seseorang yang terdaftar sebagai Penduduk Indonesia.

## BAB II KARTU PESERTA

#### Pasal 2

Kartu Peserta berupa:

- a. Kartu Peserta dalam bentuk fisik; dan
- b. Kartu Peserta dalam bentuk digital/elektronik.

#### Pasal 3

- (1) Kartu Peserta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 diberikan sebagai tanda bukti kepesertaan program jaminan kecelakaan kerja, jaminan hari tua, jaminan pensiun, dan jaminan kematian.
- (2) Kartu Peserta sebagaimana dimaksud pada ayat (1) digunakan untuk:
  - a. pengambilan manfaat program jaminan kecelakaan kerja, jaminan hari tua, jaminan pensiun, dan jaminan kematian; dan
  - memperoleh manfaat layanan tambahan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;

#### Pasal 4

- (1) Kartu Peserta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 paling sedikit memuat unsur:
  - a. NIK bagi Warga Negara Indonesia (WNI) yang mempunyai NIK Valid atau nomor Peserta khusus bagi WNI yang mempunyai NIK Tidak Valid atau bagi Warga Negara Asing (WNA);
  - b. nama peserta;
  - c. bulan dan tahun mulai kepesertaan;
  - d. logo BPJS Ketenagakerjaan; dan

- e. kode keamanan sistem teknologi Informasi sesuai perkembangan teknologi informasi.
- (2) NIK valid sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a merupakan NIK calon peserta/peserta yang disampaikan kepada BPJS Ketenagakerjaan dengan kriteria:
  - a. terdaftar di data administrasi kependudukan;
  - b. sesuai dengan data identitas pemilik NIK di data administrasi kependudukan.
- (3) NIK tidak valid sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a merupakan NIK calon peserta/peserta yang disampaikan kepada BPJS Ketenagakerjaan namun tidak terdaftar di data administrasi kependudukan atau terdaftar tetapi tidak sesuai dengan data identitas pemilik NIK di administrasi kependudukan.

#### Pasal 5

Kartu Peserta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 4 ayat (1) tercantum dalam Lampiran I yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan BPJS Ketenagakerjaan ini.

#### Pasal 6

Dalam hal BPJS Ketenagakerjaan melakukan kerjasama dengan Pihak Lain, selain mencantumkan unsur sebagaimana dimaksud dalam Pasal 4 ayat (1) dapat dicantumkan logo, gambar, identitas, kalimat tambahan dan/atau bentuk lainnya sesuai dengan kesepakatan antara BPJS Ketenagakerjaan dengan Pihak Lain.

#### Pasal 7

Penyampaian Kartu Peserta kepada pemberi kerja, wadah, mitra, peserta bukan penerima upah, atau pekerja migran Indonesia dapat dilakukan dengan cara:

a. langsung;

- b. dikirim melalui pos/perusahaan jasa ekspedisi/kurir dengan bukti pengiriman surat;
   atau
- c. melalui saluran tertentu yang ditetapkan sesuai dengan perkembangan teknologi informasi.

## BAB III SERTIFIKAT KEPESERTAAN

#### Pasal 8

Sertifikat Kepesertaan berupa:

- a. Sertifikat Kepesertaan dalam bentuk fisik; dan
- b. Sertifikat Kepesertaan dalam bentuk digital/elektronik

#### Pasal 9

- (1) Sertifikat Kepesertaan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 8 diberikan sebagai bukti tanda kepesertaan jaminan sosial ketenagakerjaan pemberi kerja dan pemberi kerja jasa konstruksi.
- (2) Sertifikat Kepesertaan bagi pemberi kerja sebagaimana dimaksud pada ayat (1) paling sedikit memuat unsur:
  - a. logo BPJS Ketenagakerjaan;
  - b. nomor pendaftaran pemberi kerja;
  - c. nama pemberi kerja;
  - d. alamat pemberi kerja;
  - e. tanda tangan Direktur Utama BPJS Ketenagakerjaan;
  - f. tempat ditetapkan;
  - g. tanggal ditetapkan;
  - h. kode keamanan sistem teknologi Informasi sesuai perkembangan teknologi informasi;
  - i. bulan dan tahun mulai kepesertaan; dan
  - j. jenis program yang diikuti.

- (3) Sertifikat Kepesertaan bagi pemberi kerja jasa konstruksi sebagaimana dimaksud pada ayat (1), paling sedikit memuat unsur:
  - a. logo BPJS Ketenagakerjaan;
  - b. nomor pendaftaran pemberi kerja;
  - c. nama pemberi kerja jasa konstruksi;
  - d. alamat pemberi kerja jasa konstruksi;
  - e. alamat proyek jasa konstruksi;
  - f. nama proyek jasa konstruksi;
  - g. pemilik proyek jasa konstruksi;
  - h. tanda tangan Direktur Utama BPJS Ketenagakerjaan;
  - i. tempat ditetapkan;
  - j. tanggal ditetapkan; dan
  - k. kode keamanan sistem teknologi Informasi sesuai dengan perkembangan teknologi informasi.
- (4) Bentuk Sertifikat Kepesertaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) tercantum dalam Lampiran II yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan BPJS Ketenagakerjaan ini.
- (5) Penyampaian Sertifikat Kepesertaan kepada pemberi kerja dan pemberi kerja jasa konstruksi dapat dilakukan dengan cara:
  - a. langsung;
  - b. dikirim melalui pos/perusahaan jasa ekspedisi/kurir dengan bukti pengiriman surat; atau
  - c. melalui saluran tertentu yang ditetapkan sesuai dengan perkembangan teknologi informasi.

## BAB IV FORMULIR

#### Pasal 10

#### Formulir berupa:

a. formulir dalam bentuk fisik; dan/atau

b. formulir dalam bentuk digital/elektronik.

#### Pasal 11

- (1) Formulir sebagaimana dimaksud dalam Pasal 10 digunakan sebagai lembar isian permohonan pendaftaran menjadi peserta BPJS Ketenagakerjaan dan pengajuan pembayaran manfaat program jaminan kecelakaan kerja, jaminan hari tua, jaminan pensiun, dan jaminan kematian.
- (2) Formulir sebagaimana dimasud pada ayat (1) memuat:
  - a. data atau informasi yang bersifat tetap; dan
  - b. bagian lain yang diisi dengan bagian yang tidak tetap.

#### Pasal 12

Jenis formulir sebagaimana dimaksud dalam Pasal 10, terdiri atas:

- a. formulir kepesertaan meliputi:
  - formulir peserta penerima upah dan peserta bukan penerima upah;
  - 2. formulir peserta jasa konstruksi; dan
  - 3. formulir peserta pekerja migran Indonesia.
- b. formulir pengajuan pembayaran manfaat meliputi:
  - 1. formulir pengajuan pembayaran manfaat jaminan kecelakaan kerja untuk segmen:
    - a) peserta penerima upah;
    - b) peserta jasa konstruksi;
    - c) peserta bukan penerima upah; dan
    - d) pekerja migran Indonesia.
  - 2. formulir pengajuan pembayaran manfaat jaminan hari tua dan jaminan kematian;
  - 3. formulir pengajuan pembayaran manfaat jaminan hari tua untuk segmen:
    - a) peserta penerima upah;
    - b) peserta bukan penerima upah; dan
    - c) pekerja migran Indonesia.

4. formulir pengajuan pembayaran manfaat jaminan pensiun.

#### Pasal 13

- (1) Jenis formulir kepesertaan peserta penerima upah dan peserta bukan penerima upah sebagaimana dimaksud dalam Pasal 12 huruf a angka 1, berupa formulir:
  - a. pendaftaran pemberi kerja;
  - b. pendaftaran atau perubahan data pekerja;
  - c. daftar pekerja keluar; dan
  - d. laporan rincian iuran pekerja.
- (2) Formulir kepesertaan peserta jasa konstruksi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 12 huruf a angka 2 berupa formulir:
  - a. pendaftaran proyek jasa konstruksi; dan
  - b. daftar harga satuan upah pekerja.
- (3) Formulir kepesertaan peserta pekerja migran Indonesia sebagaimana dimaksud dalam Pasal 12 huruf a angka 3 berupa formulir pendaftaran atau perubahan pekerja migran Indonesia.

#### Pasal 14

- (1) Jenis formulir pengajuan pembayaran jaminan kecelakaan kerja sebagaimana dimaksud dalam Pasal 12 huruf b angka 1, berupa formulir:
  - a. laporan kasus kecelakaan kerja tahap I;
  - b. laporan kasus kecelakaan kerja tahap II;
  - c. surat keterangan dokter kasus kecelakaan kerja;
  - d. laporan kasus penyakit akibat kerja tahap I;
  - e. laporan kasus penyakit akibat kerja tahap II;
  - f. surat keterangan dokter kasus penyakit akibat kerja; dan
  - g. laporan kasus kecelakaan kerja pekerja migran Indonesia Selama Penempatan.

- (2) Jenis formulir pengajuan pembayaran jaminan hari tua dan jaminan kematian sebagaimana dimaksud dalam Pasal 12 huruf b angka 2, berupa formulir pengajuan pembayaran jaminan kematian dan jaminan hari tua.
- (3) Jenis formulir pengajuan pembayaran jaminan hari tua sebagaimana dimaksud dalam Pasal 12 huruf b angka 3, berupa formulir pengajuan pembayaran jaminan hari tua.
- (4) Jenis formulir pengajuan pembayaran jaminan pensiun sebagaimana dimaksud dalam Pasal 12 huruf b angka 4, berupa formulir pengajuan pembayaran jaminan pensiun.

#### Pasal 15

Formulir sebagaimana dimaksud dalam Pasal 13 dan Pasal 14 tercantum dalam Lampiran III yang merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari Peraturan BPJS Ketenagakerjaan ini.

#### Pasal 16

- Pengisian formulir sebagaimana dimaksud dalam Pasal 13 dan Pasal 14 dilakukan secara lengkap, benar dan jelas.
- (2) Pengisian sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat dilakukan dengan cara:
  - a. langsung; atau
  - melalui saluran tertentu yang ditetapkan sesuai dengan perkembangan teknologi informasi.

### BAB VI KETENTUAN PENUTUP

#### Pasal 17

Pada saat Peraturan BPJS Ketenagakerjaan ini mulai berlaku, Kartu Peserta dan Sertifikat kepesertaan BPJS Ketenagakerjaan yang telah diterbitkan, dinyatakan masih tetap berlaku.

#### Pasal 18

Pada saat Peraturan BPJS Ketenagakerjaan ini mulai berlaku, Peraturan BPJS Ketenagakerjaan Nomor 3 Tahun 2015 tentang Bentuk Kartu Peserta, Sertifikat Kepesertaan, dan Formulir Program jaminan Kecelakaan Kerja, Program Jaminan Kematian, Program Jaminan Hari Tua dan Program Jaminan Pensiun (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 1650), dicabut dan dinyatakan tidak berlaku.

#### Pasal 19

Peraturan BPJS Ketenagakerjaan ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

Agar setiap orang mengetahuinya, memerintahkan pengundangan Peraturan BPJS Ketenagakerjaan ini dengan penempatannya dalam Berita Negara Republik Indonesia.

Ditetapkan di Jakarta pada tanggal 5 April 2018

DIREKTUR UTAMA
BADAN PENYELENGGARA JAMINAN
SOSIAL KETENAGAKERJAAN,

ttd

#### **AGUS SUSANTO**

diundangkan di Jakarta pada tanggal 5 April 2018

DIREKTUR JENDERAL PERATURAN PERUNDANG-UNDANGAN KEMENTERIAN HUKUM DAN HAK ASASI MANUSIA REPUBLIK INDONESIA,

ttd

WIDODO EKATJAHJANA

BERITA NEGARA REPUBLIK INDONESIA TAHUN 2018 NOMOR 467

Salman/sesuai dengan aslinya

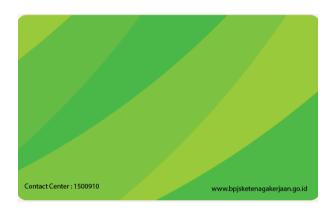
Defauti Direktur Bidang Kepatuhan dan Hukum,

SALKONI

# LAMPIRAN I PERATURAN BPJS KETENAGAKERJAAN NOMOR 1 TAHUN 2018 TENTANG

#### BENTUK KARTU PESERTA BPJS KETENAGAKERJAAN





DIREKTUR UTAMA
BADAN PENYELENGGARA JAMINAN
SOSIAL KETENAGAKERJAAN,

ttd

**AGUS SUSANTO** 

Salman/sesuai dengan aslinya

Defauti/Direktur Bidang Kepatuhan dan Hukum,

SALKONI

# LAMPIRAN II PERATURAN BPJS KETENAGAKERJAAN NOMOR 1 TAHUN 2018 TENTANG

#### BENTUK SERTIFIKAT KEPESERTAAN BPJS KETENAGAKERJAAN

I. SERTIFIKAT BAGI PEMBERI KERJA PENERIMA UPAH



#### II. SERTIFIKAT BAGI PEMBERI KERJA JASA KONTRUKSI



DIREKTUR UTAMA
BADAN PENYELENGGARA JAMINAN SOSIAL
KETENAGAKERJAAN,

ttd

AGUS SUSANTO

Salman/sesuai dengan aslinya

Deputi Direktur Bidang Kepatuhan dan Hukum,

SALKONI

### LAMPIRAN III

## PERATURAN BPJS KETENAGAKERJAAN

### NOMOR 1 TAHUN 2018

#### TENTANG

#### BENTUK SERTIFIKAT KEPESERTAAN BPJS KETENAGAKERJAAN

BPJS Ketenar	PENDAFTARAN PEMBERI KERJA	Formulir 1 BPJS Ketenagakerjaan
Reteria	Pendaftaran Baru Perubahan Da	ata
BAGIAN I: IDENTITAS PEMBERI K	CERJA	KOLOM BPJS Ketenagakerjaan
Nama Pemberi Kerja* :		
Alamat* :		
	Kode Pos* Kabupaten/Kota*	
	Provinsi*	
No. Telepon/HP*	/ [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [	
Alamat email :		
Kepemilikan* :	Swasta Nasional BUMN Joint Venture Koperasi Sekolah, Perguruan Tinggi, Kursus Swasta Asing BUMD Perseorangan Yayasan Lain-lain, sebutkan	
Name of Participates	Swasta Asing Down Persentangan Trayasan Calin-lain, sebutkan	Kadallo, IIIII
Nomor Ijin Usaha :		Kode ILO:
Jenis Usaha Utama :	(sesuai yang tercantum dalam surat izin usaha)	Skala Usaha :
NPWP Badan* : Status Pemberi Kerja* :	☐ Pusat ☐ Daerah ☐ Cabang ☐ Anak Perusahaan ☐ Cabang Anak Perusahaan	Besar Menengah  Kecil Mikro
(Pilih salah satu)		
Jumlah Aset* :	> Rp. 10.000.000.000, s/d Rp. 10.000.000.000, S/d Rp. 50.000.000, s/d Rp. 50.0000.000, s/d Rp. 50.000.000, s/d Rp. 50.0000.000, s/d Rp. 50.00000.000, s/d Rp. 50.0000.0000, s/d Rp. 50.0000.000, s/d Rp. 50.0000.000, s/d Rp. 50.0000.00	
BAGIAN II: DATA KANTOR P (dii:	si bila Badan Usaha/Asosiasi berstatus cabang)	
Nomor Pendaftaran Pemberi Kerja (NPP): Nama Pemberi Kerja		
Alamat :		
	Kode Pos* Kabupaten/Kota*	
= .	Provinsi*	
No. Telepon :		
BAGIAN III: DATA NAMA YANG DA	APAT DIHUBUNGI	
Nama Lengkap* :		
Jabatan* :		
No. Telepon/HP*		
Alamat email :		
BAGIAN IV: KEPESERTAAN PRO		
Program yang diikuti* :	☐ Jaminan Kecelakaan Kerja ☐ Jaminan Kecelakaan Kerja ☐ Jaminan Hari Tua ☐ Jaminan Hari Tua ☐ Jaminan Kematian ☐ Jaminan Kerja ☐ Jam	
: Menjadi peserta sejak*	bulan tahun _	
Jumlah seluruh pekerja*	Orang	Diterima oleh *:
Total upah sebulan (Rp :	Rp.	tgl *:
Pendaftaran ini dibuat berdasark tahun 2011	an data yang sebenamya, serta selanjutnya dibuat untuk memenuhi kewajiban sebagaimana ditentukan dalam Undang-Undang No.24	Diperiksa oleh: tgl:
* Wajib diisi	,	
		Diproses oleh: tql:
	(Nama dan Tanda Tangan Pimpinan/Kepala) Jabatan :	
	v ajib diisi dan diserahkan kepada BPJS Ketenagakerjaan, dengan melampirkan : rjaan Pendaftaran / Perubahan Data Pekerja	



Tanda tangan tidak diwajibkan untuk pendaftaran secara elektronik/digital

Wajib diisi untuk Penerima Upah dan Bukan Penerima Upah

\*\* Wajib untuk Bukan Penerima Upah

Dalam hal pekerja tidak mengisi susunan anggota keluarga/susunan ahli waris, BPJS Ketenagakerjaan akan menggunakan data Administrasi Kependudukan.

#### PENDAFTARAN ATAU PERUBAHAN DATA PEKERJA

Formulir 1A BPJS Ketenagakerjaan

Nama : Jabatan :

Reteriagan	orjaar.		1 Penerima Upah 2 Bukan Penerima Upah		Pendaftaran E Perubahan Da		Terhitung Sejak : bln Tahun					
BAGIAN I : IDENTITAS DATA TENAGA KERJA			_ Bakarr oromia Opan		,							
Nama Badan Usaha/Instansi/Asosiasi/Wadah/Mitra (sesual tempat bekerja sekarang)	: [											
Nomor Pendaftaran Pemberi Kerja (NPP)/Wadah/Mitra	:	Nama Unit Ke	rja / Kesatuan :				Kode Unit Kerja :					
Nomor Induk Pegawai / Karyawan	: [			Lokasi K	erja (Kabupaten/Ko	ota):						
Apakah sebelumnya sudah menjadi peserta ?	: Belum	Sudah										
Bila sudah, mohon lengkapi Nomor Peserta BPJS Ketenagakerjaan	: [											
Nomor Induk Kependudukan (NIK)*	:											
Nomor Paspor (Khusus Tenaga Kerja Asing)	:			Mas	a Berlaku Paspor :	tgl	oln Tahun					
Kewarganegaraan	: [											
Nama Lengkap Pekerja*												
Tempat/Tgl Lahir*	: L				tal blo	Labura						
Jenis Kelamin⁺	: Laki - laki	Perempuan			-g- Dill	ranal						
Nama Ibu Kandung Pekerja*	: [											
Alamat Lengkap Pekerja (sesuai Domisili)	: [											
	Kode Pos*	Kabupaten/Kota*					Provinsi					
No Telphone / HP*	:											
Alamat Email	: [				L		J					
Nomor Pokok Wajib Pajak (NPWP)	: [ ] [											
Jenis Pekerjaan**	: 1 [			2	L							
Lokasi Pekerjaan**	: [											
Penghasilan Sebulan**	: Rp.						1					
Pilihan Program**	: JKK dan JKM	JKK, JKM dan JHT										
BAGIAN II : SUSUNAN ANGGOTA KELUARGA/ SUSU		Nama		Tel I eleie	I Jania Kalassi I		Katanana					
No Urut Hubungan Keluarga (Nomor Ind	N I K uk Kependudukan)	Nama Anggota Kel (Seperti yang tercantum dalam l		Tgl Lahir (tgl/bln/tahun)	Jenis Kelamin (L/P)		Keterangan (diisi penyebab adanya perubahan data)					
1 Suami / Istri												
2 Anak												
3 Anak			_									
4 Orang Tua (Bapak)												
5 Orang Tua (Ibu)												
Keterangan :			•				Tanggal :					



### DAFTAR PEKERJA KELUAR

		В		Forn Kete			rjaar	า
Terhitung Sejak :	I	l	ı	ı	Ì	I	ı	
	bln			Tai	hun			

No Pendaftar	an Pemberi Kerja (NPP)/Wadah/Mitra :	ri Kerja (NPP)/Wadah/Mitra : Nama Badan Usaha/Instansi/Asosiasi/Wadah/Mitra:								
Nomor Urut	Nomor Induk Pegawai / Karyawan	Nomor Peserta	Nomor Induk Kependudukan (NIK) / Nomor Paspor (bagi TK Asing)	Nama Lengkap Pekerja (Sesuai dg KTP, Gelar/Sebutan diletakkan dibelakang)	Upah Terakhir (dalam IDR)	Tanggal Lahir (Tanggal/Bulan/Tahun)	Keterangan			
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										

Kolom Keterangan diisi dengan penyebab pekerja keluar :

- PHK/mengundurkan diri
- cacat total tetap
- usia pensiun
- meninggal dunia
- meninggal dunia karena kecelakaan kerja
- meninggalkan wilayah NKRI selamanya

Tanda tangan tidak diw ajibkan untuk pelaporan secara elektronik /digital

Tanggal:

Jabatan:

`



#### LAPORAN RINCIAN IURAN PEKERJA

Formulir 2 BPJS Ketenagakerjaan

NPP														riode Laporan	
Ш	<u> </u>	l L											bulan tahun		
													bulan tahun		
No	Nomor Peserta	Nomor Induk Kependudukan (NIK)/ Paspor (bagi TK	Nama Pekerja	Tanggal Lahir	Upah	Rapel	Total (Upah + Rapel)	luran JKK (Rp.) (%)**	luran JKM (Rp.)	luran J	HT (Rp.)	luran JP (Rp.)		Jumlah luran	
		( N I K )/ Paspor (bagi I K Asing)	Nama Рекегја	langgal Lanir	Upah (Rp.)	(Rp.)	(Upan + Rapel) (Rp)	(%)**	(0.3%)	Pemberi kerja (3.7%)	Pekerja (2%)	Pemberi kerja (2%)	Pekerja (1%)	(Rp.)	
а	b	С	d	е	f	g	h = f + g	i	j	k	I	m	n	o=i+j+k+l+m+n	
1															
2															
3															
4															
5															
6															
7															
8															
9															
10															
11															
12															
13															
14															
15															
16															
17															
18															
19															
20															
			Total seluruhnya												
				Kompensasi K	ekurangan atau K	Gelebihan luran ur	ntuk Bulan atau	Tahun sebelun	nnya						
				Denda											

(Nama dan Tanda Tangan Pimpinan/Penanggungjawab Badan Usaha/Instansi/Asosiasi/Mitra) Jabatan :

Keterangan

1) Islan formulir ini dapat disampaikan kepada BPJS Ketenagakerjaan dalam bentuk media elektronik (softcopy) ataupun hasil cetakan dari sistem penggajian perusahaan peserta yang bersangkutan, dengan aturan / format yang sesuai dengan ketentuan BPJS Ketenagakerjaan.
Apabila jumlah pekerja melebihi kolom diatas, maka dapat dijadikan lampiran berikutnya

") Diisi sesuai dengan tingkat risiko lingkungan kerja.
Tanda tangan tidak diwajibkan untuk pelaporan secara elektronik/digital



## PENDAFTARAN PROYEK JASA KONSTRUKSI

Formulir 1 Jasa Konstruksi BPJS Ketenagakerjaan

Nomor Penetapan*	:	
Nama Proyek Jasa Konstruksi	:	
Nomor SPK/Kontrak/Perjanjian Kerjasama	:	
Nama Pemberi Kerja/Pelaksana Proyek	:	
Nomor Pendaftaran Pemberi Kerja (NPP)	:	
Alamat Proyek	:	
No. Telp Pemberi Kerja/Pelaksana Proyek	:	
Pemilik Proyek	:	
Alamat Pemilik Proyek	:	
Sumber Pembiayaan Proyek**	:	□ APBN □ APBN TK. I □ APBN TK. II
Nilai Proyek (termasuk PPN)	:	☐ SWASTA NASIONAL ☐ SWASTA ASING ☐ PERORANGAN   Rp.
Nilai Komponen Upah Dari Proyek	:	Rp.
Jumlah Pekerja	:	Orang
Masa Pelaksanaan Proyek	:	-       -
Masa Pemeliharaan Proyek	:	-       -
Program yang diikuti	:	Jaminan Kecelakaan Kerja Jaminan Kematian
Keterangan Lain-lain	:	
BPJS KETENAGAKERJAAN		(Contoh: proyek dikerjakan lebih dari 1pelaksana) Pemberi Kerja/Pelaksana Proyek
Nama :		Nama : Jabatan :

<sup>\*)</sup> diisi petugas BPJS Ketenagakerjaan

\*\*) pilih salah satu



## DAFTAR HARGA SATUAN UPAH PEKERJA

Formulir 1a Jasa Konstruksi BPJS Ketenagakerjaan

Nama Proyek		:						
Nama Pemberi Kerja/Pelaksana	Proyel	k :						
Nomor Penetapan :								
Tonor Tonocapan								
	No.	Nama Pekerjaan	Jumlah Pekerja					
	1.	Keamanan						
		Pembantu Pekerja						
	3.	Pekerja						
		Kepala Pekerja						
	5.	Pembantu Tukang						
		Tukang Batu						
	_	Tukang Kayu						
	_	Tukang Besi						
		Kepala Tukang						
		Mandor						
		Kepala Mandor						
		Pembantu Mekanik						
		Mekanik						
	_	Pembantu Sopir/Operator						
		Sopir SIM A						
		Sopir SIM B I						
		Sopir SIM B II						
		Operator						
		Administrasi Lapangan						
		Pelaksana Lapangan						
	21.	Lain-lain						
		Total						
BPJS KETENAGAKERJAAN				Pemberi Kerja/Pelaksana Proyek				
Nama : Jabatan :				Nama : Jabatan :				
Javatari				Javalaii				

Keterangan : Melampirkan Surat Perintah Kerja (SPK) Melampirkan Daftar Satuan Upah dalam Rencana Anggaran Biaya (RAB) jika ada



	Formulir	РМІ	
BPJS	Ketena	aaker	iaan

Pendaftaran Baru

			PENDAFI	AKAN ATAL	J PERUBAHAN PE	KERJA MIGRAN IND	ONESIA	Pendaftaran Lanjutan
BAGIAN	I : IDENTITAS DATA CPMI/PMI							
Nomor I	nduk Kependudukan (NIK)* :				Nomor ID PMI	: [		
Nomor F	Paspor:				Masa Berlaku Paspor	: Lal bin	Tahun	
Nama Le	ngkap Pekerja*:							_
Tempat/	「gl Lahir*:					tol bin	Tahun	
Jenis Ke	lamin*:	Laki - laki Perempua	ın			igi bili	ranun	
Nama Ibu	u Kandung Pekerja*:							_
Alamat L	engkap Pekerja :							
		Kode Pos* Kabu	mates (Mate)				Provinsi	
No Telph	one / HP :	Kabi	upaten/Kota*				Pioviisi	
Alamat E	mail							
Masa Ko	ntrak Kerja	tgl bulan	Tahun	sd tgl	bulan Tah		Negara Penempatan	
Jenis Pe	kerjaan	Pekerja Formal	Pekerja Informal	Lainnya				
Nama Pe	emberi Kerja / No Telepon						<u> </u>	
Alamat F	Pemberi Kerja							
Nama Pe	elaksana Penempatan / No Telepon							
Alamat F	Pelaksana Penempatan							
1	sudah menjadi peserta BPJS Ketenagakerjaan?	Belum Sudah	Apabila BELUM, Pr	ogram apa yang aka	n diikuti : JKK/JKM	JKK/JKM/JHT		
Bila suda Ketenaga	ah, mohon lengkapi Nomor Peserta BPJS akerjaan :			J				
BAGIAN	II : SUSUNAN ANGGOTA KELUARGA/ SUSUNA							
No Urut	Nama Anggota K (Seperti yang tercantum dala		Tgl Lahir (tgl/bln/tahun)	Jenis Kelamin (L/P)	Hubungan Keluarga	No Handphone	Kete	rangan
1								
2								
3								

4

Dalam hal Pekerja tidak mengisi Susunan Anggota Keluarga/ Susunan Ahli Waris, BPJS Ketenagakerjaan akan menggunakan Data Administrasi Kependudukan

Tanggal:

Nama:

	PJS etenagakerjaan		LAPORAN KASUS KECELAKAAN KERJA  TAHAP I  Formulir 3 KK 1  BPJS Ketenagakerjaan	
Segmen Kepeserta	an : Penerima Upah		Bukan Penerima Upah Jasa Konstruksi Pekerja Migran Indonesia	
			Laporan Kasus Kecelakaan Kerja Tahap I	
	Wajib dilap	orka	an dalam waktu 2 X 24 Jam sejak terjadi kasus kecelakaan kerja	
1. Data Pembe	ri Kerja/ Wadah/ Mitra/ I	Pelak	ksana Penempatan	
Nama		:		
Kode / Nomo	r	: [		ı
Alamat		: [	Desa/Kel Kec Kota/Kab	
No Telepon/	HP	: [		
Nama Kontal	personil	: [		
2. Data Peserta	1	pe		прининина
Nama		: [		
Nomor		: "	Nomor Paspor (khusus PMI) :	
NIK		: [		homod
Masa Perlidu	ngan (diisi khusus untuk PMI)	: [	Sebelum penempatan Sesudah penempatan	
Jenis Kelamii	1	: [	Laki-laki Perempuan	
Tanggal Lahi	r	:	tgl bln thn	
Alamat/ no to	elp	: [		
			Desa/Kel Kec Kota/Kab	
			Kode Pos No Telp/hp	
Jenis Pekerja	an/jabatan	: [		
Unit / Bidang	/ Bagian pemberi kerja	: [		
	yang diterima yang diterima ah yang diterima	: [ : : [	per hari per bulan borongan  Rp	
	dian kecelakaan i kejadian kecelakaan	: [ : [	di dalam lokasi kerjalalu-lintas	
Tanggal Kece	elakaan	:	Desa/Kel Kec Kota/Kab jam kejadian jam menit	***************************************
5. Deskripsi ked	elakaan	:		
a) Tindakan ba	naya penyebab kecelakaan	: [ [ [	Memakai peralatan yang berbahaya Bekerja dengan kecepatan membahayakan  Lupa menggunakan alat pelindung diri (APD) Bongkar pasang barang/bongkar muat barang  Posisi saat bekerja tidak aman Bekerja dengan objek/benda yang berputar  Mengalami gangguan perhatian dan konsentrasi Lalai	
	menimbulkan bahaya dan cetus terjadinya kecelakaan	: [ ] ] ]	Pengamanan yang tidak sempurna  Adanya kecacatan (disabilitas)  Penerangan yang tidak sempurna  Penerangan yang tidak sempurna  Suasana kerja yang tidak aman  Getaran yang berbahaya  Perlengkapan yang digunakan tidak aman  Adanya prosedur/pengaturan yang tidak aman  Ventilasi tidak semperna  Tekanan udara yang tidak aman  Bising  Perlengkapan yang digunakan tidak aman  Adanya gerakan (perputaran)	
c) Corak kecela	kaan yang terjadi	: [ ] ]	Terbentur Terpukul Terpapar Tersengat aliran listrik Tertangkap Tergigit Jatuh dari ketinggian yang sama  Tenggelam Terjepit Jatuh dari ketinggian berbeda Tertimbun Tergelincir Penghisapan (Penyerapan)	
d) Sumber peny	ebab cedera	: [ ] [ ]	Mesin (Press, Bor, Gergaji, dll) Penggerak mula dan pompa Lift (Barang, orang) Pengangkut/Pengangkat barang Conveyor Alat transmisi mekanik Perkakas pekerjaan tangan Pesawat uap dan bejana tekan Peralatan listrik Bahan Kimia Debu Berbahaya Radiasi dan bahan radioakt Faktor lingkungan Bahan mudah terbakas dan benda pagas Permukaan lantai di lingkungan kerja	tif

6. Uraian Kejadian Kecelakaan		
- Bagaimana terjadinya kecelakaan		
	Uraian kejadian kecelakaan le	ebih lengkap dapat ditambahkan di lampiran tersendiri
- Sebutkan bagian mesin, instalasi bahan atau lingkungan yang		
menyebabkan cedera		
	Uraian kejadian kecelakaan le	ebih lengkap dapat ditambahkan di lampiran tersendiri
7. Akibat yang diderita korban	Cedera/ Luka Meninggal	
Sebutkan bagian tubuh yang luka		
8. Fasilitas kesehatan (faskes) yang	Nama Faskes :	
memberikan pertolongan pertama	Jenis Faskes : PLKK (Rumah Sakit)	PLKK (Klinik)
	Bukan PLKK	
	Alamat Faskes :	
Keadaan penderita setelah     pemeriksaan pertama	rawat jalan rawat inap	
10. Keterangan lainnya jika perlu		
44. Dans and a constant of the Aller (Aller alab D	DDIS (Kalanana)	
11. Persyaratan yang diperlukan (diisi oleh Proposition Protokopi kartu peserta BPJS Ketenag		
Fotokopi Katu Tanda Penduduk (KTP		
	onstruksi dan bukti pembayaran iuran terakhir (Khusu	us untuk Jasa Konstruksi)
Dokumen pendukung lain apabila di lain sebagainya)	perlukan (absensi, surat ket. kepolisian, surat perint	ah tugas, kontrak kerja, SPK dan
Dengan ini saya menya	akan bahwa data dan keterangan yang saya sampai	ikan kepada BPJS Ketenagakerjaan
dalam rangka pelaporan	kasus kecelakaan kerja tahap I adalah benar. Apabi	la data yang diberikan tidak benar,
saya be	ersedia dikenakan sanksi sesuai peraturan perundan	gan yang berlaku
Tembusan:		Kota/kab :
- Dinas Tenaga Kerja Setempat		Tanggal :
Keterangan *) :		
Tanda tangan pimpinan dan stempel pemberi kel		*)
Tanda tangan wadah penanggung jawab atau k Tanda tangan dan stempel Pelaksana Penempata		Nama : Jabatan :
randa tangan dan stemper relaksana renempata	II DUGI FESELLU FIVII	Javaldii .

BPJS Ketenagakerjaan		Formulir 3A KK 2 BPJS Ketenagakerjaan
Segmen Kepesertaan : Penerima Upah		Bukan Penerima Upah Jasa Konstruksi Pekerja Migran Indonesia
Wajib dilaporka	an da	lakaan Kerja Tahap II  lam waktu 2 X 24 Jam  pembayaran Jaminan Kecelakaan Kerja  puh, cacat, atau meninggal dunia
1. Data Pemberi Kerja/ Wadah/ Mitra/ Pe	elaksa	na Penempatan
Nama	:	
Kode / Nomor	:	
Alamat	:	
		Desa/Kel Kec Kota/Kab
No Telepon Pemberi Kerja	:	
Nama Kontak personil	:	
2. Data Peserta		
Nama	:	
Nomor Peserta	:	Nomor Paspor (khusus PMI) :
NIK	:	
Masa Perlindungan (diisi khusus untuk PMI)	:	Sebelum penempatan Sesudah penempatan
Jenis Kelamin	:	laki-laki Perempuan
Tanggal Lahir	:	tgl bln thn
Alamat/ no telp	:	
		Desa/Kel Kec Kota/Kab
		Kode Pos No Telepon/ HP
Jenis Pekerjaan/jabatan	:	
Unit / Bidang/ Bagian Pemberi Kerja	:	
3. Tanggal Kecelakaan	:	tgi bln thn
4. laporan kasus kecelakaan kerja Tahap I telah disampaikan kepada BPJS Ketenagakerjaan dan Kantor Dinas Tenaga Kerja	:	Belum disampaikan  Sudah disampaikan pada  tgl bln thn
5. Pengajuan Pembiayaan oleh	:	Pemberi Kerja Peserta Pusat Layanan Kec. Kerja Ahli Waris
a) Biaya pengangkutan	:	Rp
b) Biaya pengobatan dan perawatan	:	Rp
c) Biaya Rehabilitasi	:	Rp
d) Biaya prothesa / orthesa	:	Rp
e) Biaya Pemakaman		Rp
Total Pengajuan Pembiayaan		Rp
Penerima manfaat pembiayaan	:	Pemberi Kerja Peserta Pusat Layanan Kec. Kerja Ahli Waris
6. Lamanya tidak bekerja Jumlah Hari	:	hari
Jaman nan		Sesuai dengan jumlah hari perawatan dan atau surat keterangan istirahat dokter
Uraian keterangan dokter tentang kondisi fisik/mental peserta pasca kecelakaan kerja	i :	Terlampir pada surat keterangan dokter kasus kecelakan kerja (formulir 3b KK3)  Tidak Terlampir
8. Berdasarkan Surat Keterangan dokter bentuk KK3 atau KK3 PAK ditetapkan terlampir	:	Pada tanggal

9. Penerima manfaat santunan (ahli waris) :					
Nama Ahli Waris	:				
Nomor Identitas Kependudukan	:				
Hubungan ahli waris dengan peserta	:	janda/duda Anak	Ayah/Ibu	Kakek/Nenek Cucu	
		Saudara Kandung	Mertua	Pihak yang ditunjuk dalam wasiat	
Alamat/ no telp	:				
		Desa/Kel	Kec	Kota/Kab	
		Kode Pos	No Telp/h	p	
Nomor Rekening	:				
Nama Bank	:				
				akuuruun kuuruun konnuuruun konnuuruun konnuurun konnuurukuuruun kuuruun kunnuurukuuruun kunnuurukuuruun kunnuuruk	
11. Keterangan lainnya jika perlu	:				
12. Persyaratan yang diperlukan (diisi oleh Pe	etuga	s BPJS Ketenagakerjaan) :			
Surat Keterangan Dokter Kasus Kecela					
Kuitansi asli biaya pengangkutan					
Kuitansi asli biaya pengobatan dan perawatan					
Dokumen pendukung lain apabila diperlukan (absensi sampai dengan peserta masuk bekerja, slip gaji, hasil rontgen dan lain sebagainya)					
Dokumen pendukung lain apabila dipe	HUNC	ii (abseiisi sairipai deligali peseii	la masuk bekerja, sii	p gaji, nasii tonigen dan lam sebaganiya)	
Dengan ini saya me	nyat	akan bahwa data dan keterangan	yang saya sampaika	an kepada BPJS Ketenagakerjaan	
				data yang diberikan tidak benar,	
say	/a be	rsedia dikenakan sanksi sesuai pe	eraturan perundanga	an yang berlaku.	
Tembusan:			Kota/Kab	:	
- Dinas Tenaga Kerja Setempat			Tanggal		
			00		
Keterangan *) :					
Tanda tangan pimpinan dan stempel pemberi ke	•	•			
Tanda tangan wadah penanggung jawab atau k Tanda tangan dan stempel Pelaksana Penempat			sementanimentanimentanimentanimentani		
		g	Nama	:	
			Jabatan	:	
		<del></del>			

BPJS Ketenagakerjaan	SURAT KETERANGAN DO KASUS KECELAKAAN KI		Formulir 3B KK 1 BPJS Ketenagakerjaan
Dengan ini saya dokter yang memerik Nama dokter : Nama Fasilitas kesehatan/Institusi : Alamat Fasilitas kesehatan/Institusi :	sa peserta BPJS Ketenagakerjaan diba		:
Menerangkan dengan sesungguhnya b	ahwa:	***************************************	
1. Nama Peserta : Nomor Peserta :			
NIK :  2. Nama Pemberi Kerja/ Wadah/ : Mitra/ Pelaksana Penempatan			
3. Tanggal Kecelakaan :	tgl bln thn		
4. Tanggal pemeriksaan oleh dokter :	tgl bln thn		
6. Berdasarkan pemeriksaan fisik :			
- Bagian tubuh luar yang cedera :	Mata kanan Hidung	Tenggorokan  Tulang rusuk Pinggul kanan	pelipis kiri Hidung kiri Dagu rahang kiri Dada kiri pakun kiri Perut kiri Plinggul kiri
	Telapak kaki kanan Tumit i  jari kaki kanan  Lengan kanan siku ka	Telapak kaki  Jari kaki kiri  Lengan kiri  k tangan kanan  Pergelangan	kiri Tumit kiri
Com/16 (17/4)	jari tangan kiri pada jarilutut k Paha kanan Lutut k Betis kanan Tulang Pergelangan kaki kanan  Jari kaki kanan pada jari	anan Paha kiri kering kanan Betis kiri Pergelangan	Lutut kiri Betis kiri
	jari kaki kiri pada jari F		
Constititi Ion/Ni Ion/Ni			

- Bagian organ tubuh bagian dalam yang cedera	: Ginjal Esofagus kandung kemih Ovarium Lambung thymus Uraian Lain-lain	Hati kulit Limpa Testis/buah zakar Usus halus tiroid	Jantung paratiroid mata Pankreas usus besar Arteri	Kandung empedu pituitari Otak paru-paru rahim Vena
7. Penatalaksanaan atau tindakan medis yang diberikan	5:			
8. Hasil pemeriksaan/pengobatan	cacat fungsi pada dengan besarnya	akibat kehilangan anggota b a anggota badan cacat fungsi hesa berupa	% terbilang (	)
9. Setelah sembuh peserta dapat melakukan pekerjaan				
Terhitung tanggal	: tgl   bln	thn s.d	tgl bln t	nn
10. Lamanya perawatan/pengobatan	: dari tgl bl	n thn	s.d. tgl bln	thn
11. Diberikan istirahat	: dari tgl bl	n thn	s.d. tgl bln	thn
12. Keterangan lainnya jika perlu				
Dengan ini saya mer dalam rangka pelaporan surat kete	erangan dokter adalah ber	keterangan yang saya samp nar Apabila data yang diber ran perundangan yang berla	ikan tidak benar, saya be	
Tembusan: - Dinas Tenaga Kerja Setempat		Kota/Kab : Tanggal :		
		Nama :	(tanda tan	gan dan stempel Fas-Kes)

_		
	-	RPJS
	D	Ketenagakeriaan

## LAPORAN KASUS PENYAKIT AKIBAT KERJA

Formulir 3 PAK 1

Retenagakerjaan	TAHAP I	BPJS Ketenagakerjaan
Segmen Kepesertaan : Penerima Upah	Bukan Penerima Upah Jasa Konstruksi	
- Sussessed	Laporan Kasus Penyakit Akibat Kerja Tahap I	
Wajib dilaporkan dala	am waktu 2 X 24 Jam setelah di diagnosa sebagai Penyal	cit Akibat Kerja
1 Nama Pemberi Kerja/Wadah/Mitra	:	
NPP /Kode Wadah / Kode Proyek		
Alamat Pemberi Kerja / Proyek Jasa	: [	
Konstruksi	Desa/KelKec	Kota/Kab
No telp pemberi kerja	: / / / / / / / / / / / / / / / / / / /	
Nama Kontak personil pemberi kerja		
2 Nama Peserta	:	
Nomor Peserta		
NIK		
Jenis Kelamin	:	
Tanggal Lahir	: tgl   bln   thn	1
Alamat/ no telp	:	Vata Wah
	Desa/Kel         Kec           Kode Pos         No Telp/hp	Kota/Kab
2 Upok vogo ditorino possito	Summilum demoderne de	4
3 Upah yang diterima peserta  Jumlah upah yang diterima		
Terbilang upah yang diterima	: Rp	
	: Masih Bekerja Sudah tidak bekerja (non aktif k	vanasartaan maksimal 2 (tiga) tahun)
4 Status peserta  Lokasi/alamat tempat bekerja	:	
Lokasi/aiamat tempat bekerja	Desa/Kel Kec	
Jabatan pekerjaan terakhir	:	,
Uraian pekerjaan terakhir	:	
	Union koindian pakarinan tarakh	ir lebih lengkap dapat ditambahkan di lampiran tersendiri
Unit / Bidang/ Bagian pemberi kerja	отаны којасны рекегран гегакл	v reom rengkap dapat ditambankan di iampiran tersenom
		aun ed
Riwayat jenis pekerjaan	: 1taltaltal	nun sd
	3tal	nun sd
5 Tanggal didiagnosa Penyakit Akibat Kerja		
6 Fasilitas kesehatan (faskes) dan dokter yang mendiagnosa penyakit akibat kerja	: Nama Faskes :	
yang mendiagnosa penyakit akibat kerja	Nama dokter :	
7 Pengobatan peserta setelah	: rawat jalan rawat inap	
didiagnosa penyakit akibat kerja	:rawat jalanrawat inap	
8 Keterangan lainnya jika perlu	: [	
o keterangan ianinya jika pena	•	
9 Dokumen pendukung (diisi oleh petugas B Fotokopi Kartu Peserta untuk segmen	RPJS Ketenagakerjaan) : kepesertaan Peserta Upah dan Bukan peserta Upah	
Formulir Pendaftaran Proyek Jasa Kons	truksi dan bukti pembayaran iuran terakhir (Khusus untuk Jasa Kons	truksi)
Fotokopi Kartu Tanda Penduduk Bagi V	VNI/Fotokopi Paspor Bagi WNA memiliki kompetensi terkait penegakan kasus penyakit akibat kerja	
	kaian tahapan 7 (tujuh) pendekatan diagnosis PAK	
	Kerja (minimal 3 (tiga) dari 9 dokumen yang diwajibkan)	
	atakan bahwa data dan keterangan yang saya sampaikan kepada BPJS K kibat kerja tahap I adalah benar. Apabila data yang diberikan tidak ben- sesuai peraturan perundangan yang berlaku.	- ,
	Tanggal :	kota/kab, tanggal
Tembusan:		
<ul> <li>Dinas Tenaga Kerja setempat</li> <li>*)Tanda tangan pimpinan dan stempel pe</li> </ul>	emberi kerja untuk	
segmen kepesertaan PU dan jasa konstruk	ksi	*) **)
**)Tanda tangan wadah penanggung jaw untuk segmen kepesertaan BPU	ab atau keluarga	
	Japatan :	



Segmen Kepesertaan : Penerima Upah	TAHAP II  Bukan Penerima Upah Jasa Konst	BPJS Ketenagakerjaan					
Laporan Kasus Penyakit Akibat Kerja Tahap II Sejak pekerja dinyatakan sembuh, cacat, atau meninggal dunia  Penerima Upah Jasa Konstruksi  Formulir ini berfungsi juga sebagai pengajuan pembayaran Jaminan Kecelakaan Kerja							
Nama Pemberi Kerja     NPP/Kode Wadah/Mitra/ Kode Proyek							
Alamat Pemberi Kerja / Proyek Jasa Konstruksi	Desa/Kel Kec	Kota/Kab					
No telp pemberi kerja Nama Kontak personil pemberi kerja							
2. Nama Peserta  Nomor Referensi / nomor Peserta  NIK  Jenis Kelamin  Tanggal Lahir  Alamat/ no telp	:	Kota/Kab					
Jenis Pekerjaan/jabatan Unit / Bidang/ Bagian pemberi kerja	:						
3. Tanggal didiagnosa Penyakit Akibat Kerja	: tgl   bln   thn						
4. laporan kasus penyakit akibat kerja Tahap I telah disampaikan kepada BPJS Ketenagakerjaan dan Kantor Dinas Tenaga Kerja	: Belum disampaikan  Sudah disampaikan pada tanggal	bulan tahun					
5. Kelompok penyakit akibat kerja	Penyakit yang disebabkan oleh pajanan faktor-f - Penyakit yang disebabkan oleh faktor l - Penyakit saluran pernapasan - Penyakit saluran pernapasan - Penyakit kulit - Gangguan otot dan rangka - Gangguan mental dan perilaku - Penyakit Kanker akibat kerja - Penyakit lainnya	kimia isika piologi dan penyakit infeksi atau parasit					
6. Pengajuan Pembiayaan oleh     a) Biaya pengangkutan     b) Biaya pengobatan dan perawatan     c) Biaya Rehabilitasi     d) Biaya prothesa / orthesa     e) Biaya Pemakaman     Total Pengajuan Pembiayaan  Penerima manfaat pembiayaan	:	Ahli Waris					
7. Lamanya tidak bekerja Jumlah Hari	: hari  Sesuai dengan jumlah hari perawatan dan atau su	_					
Uraian keterangan dokter tentang kondisi fisik/mental peserta pasca mengalami penyakit akibat kerja	: Terlampir pada surat keterangan dokter kasus penya  Tidak terlampir	-					

Pada tanggal tanggal bulan  Sembuh Cacat total tetap Cacat sebagian anatomis Cacat sebagian fungsi Meninggal dunia Kasus kambuh	peserta ditetapkan:
	<u>                                     </u>
	rah/Ibu Kakek/Nenek Cucu
Saudara Kandung M	ertua Pihak yang ditunjuk dalam wasiat
Kode Pos	No Telp/hp
	<u>                                     </u>
0 , ,	
e atau alat bantu lainnya emiliki kompetensi terkait penegakan kas	
rja tahap II adalah benar. Apabila data yang c	iberikan tidak benar, saya bersedia dikenakan sanksi sesuai peraturan
Ko	ota/kab :
Ta	inggal :
N	*) **) ama : batan :
re	tanggal bulan  Sembuh  Cacat total tetap  Cacat sebagian anatomis  Cacat sebagian fungsi  Meninggal dunia  Kasus kambuh  Saudara Kandung  Menagan Pihak Pelapor terkait pindah perawa  Sae atau alat bantu lainnya  Sae ata

BPJS Ketenagakerjaan	SURAT KETERANGAN DOKTER  KASUS PENYAKIT AKIBAT KERJA  Formulir 3B PAK 3  BPJS Ketenagakerjaan
Dengan ini saya dokter yang memeriks Nama dokter Nama Fasilitas kesehatan/Institusi Alamat Fasilitas kesehatan/Institusi	a peserta BPJS Ketenagakerjaan dibawah ini:  :
Menerangkan dengan sesungguhnya b	ahwa:
1. Nama Peserta	
Nomor Referensi / nomor Peserta	
NIK	
2. Nama Pemberi Kerja	
3. Tanggal diagnosa penyakit akibat kerja	tgl bln thn thn
Berdasarkan anamnesa     Berdasarkan hasil pemeriksaan fisik	
dan penunjang diagnostik	
<ol><li>Penatalaksanaan atau tindakan medis yang diberikan</li></ol>	
7. Diagnosa penyakit akibat kerja	
8. Kelompok penyakit akibat kerja	Penyakit yang disebabkan oleh pajanan faktor-faktor yang timbul dari aktivitas pekerjaan :  - Penyakit yang disebabkan oleh faktor kimia - Penyakit yang disebabkan oleh faktor fisika - Penyakit yang disebabkan oleh faktor biologi dan penyakit infeksi atau parasit  Penyakit akibat kerja berdasarkan target organ : - Penyakit saluran pernapasan - Penyakit kulit - Gangguan otot dan rangka - Gangguan mental dan perilaku  Penyakit Kanker akibat kerja  Penyakit lainnya
9. Hasil pemeriksaan/pengobatan	Sembuh tanpa cacat  Cacat anatomis akibat kehilangan anggota badan
<ol> <li>Setelah sembuh peserta dapat melakukan pekerjaan</li> </ol>	Biasa dengan kondisi tertentu berupa
11. Lamanya perawatan/pengobatan	: dari tgl   bln   thn     S.d. tgl   bln   thn
12. Diberikan istirahat	: dari tg bln thn S.d. tg bln thn
13. Keterangan lainnya jika perlu	
Dengan ini saya r	nenyatakan bahwa data dan keterangan yang saya sampaikan kepada BPJS Ketenagakerjaan dalam rangka pelaporan surat keterangan dokter adalah benar.
Tembusan: - Dinas Tenaga Kerja Setempat	Kota/kab : Tanggal :
	(tanda tangan dan stempel fasilitas kesehatan)  Nama :



#### LAPORAN KASUS KECELAKAAN KERJA PEKERJA MIGRAN INDONESIA SELAMA PENEMPATAN

Formulir 3 KK PMI BPJS Ketenagakerjaan

#### Laporan kasus kecelakaan kerja selama penempatan wajib dilaporkan dalam waktu 7 hari kerja

Formulir ini berfungsi juga sebagai pengajuan pembayaran Jaminan Kecelakaan Kerja

1. Nama Pihak Pelapor *) :						
*) Pihak Pelapor : pekerja/ ahli waris/Perwakilan RI/Kantor Dagang Ekonomi di Negara Penempatan/ Pelaksana Penempatan/ Direktur Jenderal						
Kode Pelaksana Penempatan**) :	**) Diisi khusus bagi peserta melalui Pelaksana Penempatan					
Alamat :						
	Desa/Kel Kec Kota/Kab					
No telepon Pihak Pelapor :						
Nama Kontak Personil : Pihak Pelapor						
2. Nama Peserta :						
Nomor Peserta :						
NIK :						
Nomor Paspor Peserta :	Negara Penempatan :					
Jenis Kelamin :	laki-laki Perempuan					
Tanggal Lahir :	tgl   bln   thn					
Alamat/ no telp :						
	Desa/Kel Kec Kota/Kab					
	Kode Pos No Telepon/HP					
Jenis Pekerjaan/jabatan :						
Unit / Bidang/ Bagian perusahaan :						
3. Tempat kejadian kecelakaan :	di dalam lokasi kerja di luar lokasi kerja lalu-lintas					
Alamat lokasi kejadian kecelakaan :						
	Desa/Kel Kec Kota/Kab					
Tanggal Kecelakaan :	tgl bln thn jam kejadian jam menit					
4. Uraian Kejadian Kecelakaan/ Kronologi						
Bagaimana terjadinya :						
kecelakaan						
	Uraian kejadian kecelakaan lebih lengkap dapat ditambahkan di lampiran tersendiri					
5. Akibat yang diderita korban :	Meninggal					
Sebutkan bagian tubuh yang luka :						
<ol><li>Fasilitas kesehatan (faskes) yang : memberikan pertolongan pertama</li></ol>	<u></u>					
7. Kondisi Akhir Peserta Berdasarkan	Alamat Faskes :					
Pemeriksaan Dokter	Cacat total tetap untuk selamanya					
	Cacat sebagian anatomis akibat kehilangan anggota badan					
	Cacat sebagian fungsi anggota badandengan besarnya cacat fungsi%					
	Meninggal dunia					
	Meninggal dunia					

8.	Penerima manfaat santunan apak	ila p	eserta meninggal dunia (ahli waris) :					
	Nama Ahli Waris	:						
	Nomor Identitas Kependudukan	:						
	Hubungan ahli waris dengan peserta	:	Janda/Duda Anak Ayah/Ibu Kakek/Nenek Cucu					
	•		Saudara Kandung Mertua Pihak yang ditunjuk dalam wasiat					
9.	Alamat/ no telepon ahli waris	:						
	Address/phone number		Desa/Kel Kec Kota/Kab					
			Kode Pos No Telepon/ Hp					
	Nomor Rekening	:						
	Nama Bank	:						
10.	Keterangan lainnya jika perlu	:						
11.	Persyaratan yang diperlukan (diis  1. Fotokopi kartu Peserta BPJ							
	2. Fotokopi paspor atau sejenisnya							
	3. Surat keterangan dari Perwakilan Republik Indonesia/ Kantor Dagang Ekonomi Indonesia di negara penempatan/							
	instansi pemerintah yang bertanggungjawab di bidang ketenagakerjaan							
	4. Surat keterangan dokter atau rumah sakit yang memeriksa/ merawat							
	5. Bukti asli pembayaran bia	/a tr	insportasi apabila ada					
	6. Fotokopi buku rekening TK	l dar	/ atau ahli waris yang masih berlaku					
	Dengan ini saya menyatakan ba	hwa	data dan keterangan yang saya sampaikan kepada BPJS Ketenagakerjaan dalam rangka pelaporan					
	kasus kecelakaan kerja Peker	ja N	igran Indonesia selama penempatan adalah benar. Apabila data yang diberikan tidak benar, saya					
			Negara :					
			Kota/Kab :					
			Tanggal :					
			(tanda tangan)					
			( diberikan stempel bagi pihak pelapor dari Perwakilan RI/ Kantor Dagang Ekonomi di Negara Penempatan// Pelaksana Penempatan/ Direktur Jenderal)					
			Nama :					
			Jabatan :					



Formulir 4 BPJS Ketenagakerjaan

#### PENGAJUAN PEMBAYARAN JAMINAN KEMATIAN DAN JAMINAN HARI TUA

Segmen Kepesertaan : Penerima Upah	Bukan Penerim	na Upah	Jasa Konstruks	i Pekerja Migran Indonesia		
A. Yang bertanda tangan di bawah ini						
1. Nama 2. NIK	······					
3. Alamat	:					
4. Nomor Telepon / HP	······································					
5. Alamat <i>Email</i>	:					
6. Hubungan dengan Pekerja	Istri / suami Anak		Orang Pengi	g tua urus pemakaman		
		nva. sebutkan .				
		, , , , , , , , , , , , , , , , , , , ,				
7. Data Pekerja a. Nama	:					
b. NIK	:					
c. Nomor Peserta d. Tempat / Tanggal lahir		-		PMI) :		
e. Nama Ibu Kandung	:					
f. Nama dan Alamat Pemberi Kerja/ Pelaksana Penempatan	Wadah/Mitra terakh					
B. Permintaan Manfaat Program  Jaminan Kematian dan Jaminan Ha	ari Tua					
Jaminan Kematian						
Janiman Kematian						
<ul><li>C. Dengan ini mengajukan pembayaran be a. Nama Anak</li></ul>	asiswa untuk :					
b. NIK	:					
c. Tempat/Tanggal Lahir d. Jenjang Pendidikan	: : □ sd	SMA		Pelatihan*		
u. Jenjang Pendidikan	_ 30	SIVIA				
e. Nama Sekolah/ Perguruan Tinggi	SMP	Perguru	uan Tinggi	Khusus untuk PMI		
e. Nama Sekolan/ Perguluan Imggi						
D. Berkenaan dengan meninggalnya peker	ja tersebut dikarena Sakit	kan:				
	Junit					
Kecelakaan di luar hubungan kerja						
pada hari/tanggal	:					
E. Metode pembayaran :	Transfer	- Nama Ba	nk :			
		No Do				
		<ul><li>Nama Pe</li><li>No Reker</li></ul>				
F. Dokumen pendukung (diisi oleh petuga	s BPJS Ketenagakerja	aan) :				
1. Kartu Peserta BPJS Ketenagakerja	an Asli					
2. Fotokopi KTP pekerja (WNI)/ pasp	or (WNA) dan KTP a	hli waris denga	an menunjukkar	n aslinya		
3. Fotokopi Akta Kematian atau sura	t keterangan kemati	an dari pejaba	t yang berwena	ng		
4. Surat keterangan ahli waris dari pe	-		, -			
5. Fotokopi kartu keluarga pekerja d	an ahli waris yang m	asih berlaku d	engan menunju	kkan aslinya		
] [				·		
7. Fotokopi buku rekening yang mas	6. Fotokopi KTP Pengurus Pemakaman (bagi yang tidak memiliki ahli waris)					
	<ul> <li>8. Surat keterangan masih menempuh pendidikan (untuk penerima beasiswa pendidikan) atau menempuh pelatihan (khusus untuk PMI)</li> </ul>					
9. Dokumen pendukung lainnya apal	bila diperlukan (buk	u nikah dan lai	n sebagainya)			
Demikian keterangan tersebut diatas sa	ya buat dengan sebe	enarnya, jika di	i kemudian hari	ternyata terdapat hal-hal yang		
			Nama	:		



Formulir 5 BPJS Ketenagakerjaan

#### PENGAJUAN PEMBAYARAN JAMINAN HARI TUA

A Ven.	a bante	nala tanana al	i havvah ini		_		_								
	g berta lama	anda tangan di	ı bawan ırıı												
1. N				:											
	lamat			:	••••										
J. 74	alliai			•	••••										
4 N	omor -	Telp / HP													
		an dengan Pel	keria	- 1	Ö	pekerja sendiri			anak						
	u	All 40g.	110. ju	i	Ħ	istri / suami			orang tua						
				!	닏	5									
				ļ	Ш	ahlı warıs ıaının	ya	:							
	ata Pe														
	. Nama	i*		:											
	. NIK*			:											
		or Peserta		:	••••										
		oat / Tanggal la		:	:										
		a ibu kandung		:	••••										
t.		yat Pekerjaan													
	(diisi t	oila pemohon	adalah Peke	erja Penerima Upa	ah	1)									
	T.,_	Tahun	Tahun	N	_		_		^!		i 1				
	No.	Masuk	Keluar	Nama	1 P	emberi Kerja		- 1	Alamat Pember	ri Kerja					
											į l				
					_		_								
											į l				
6. Al	lamat (	email pemoho	on .	:		<del></del>	-	<del></del>							
-	<b>G</b>	200 mm p = -			-	***************************************	•	•••••							
*	tidak	nerlu diisi apa	bila pemoho	on manfaat adalal	h p	pekeria									
					-										
B. Den	gan ini	mengajukan	permintaan	Jaminan Hari Tua	a k										
<b>-</b>			SEBAB KLAIM	<u> </u>	_1	DOKUMEI	N		DOKUMEN	DOKUMEN					
<u> </u>	⅃഻		JEDAD NE	<u> </u>		(PU)			(BPU)	(PMI)					
	Meno	capai usia 56 tal	hun		╗	1,2,3,6,18			1, 2, 3, 18	1, 2, 3, 18					
	<b>≓</b> I	inggalkan wilaya		NA)	1	1,2,5/7, 10,11	. 18		1,2,5/7, 10,11,18		[ ]				
	= 1	inggalkan wilaya				1,2,5/7,11,18			1,2,5/7,11,18	1,2, 11, 18					
_	<b>≓</b> I	t total tetap	JII (~-o.	NI)		1,2,3,5,12,18			1, 2, 3, 5, 12, 18	1, 2, 3, 7, 12, 18					
<u> </u>	<b>≓</b> I					11					. 40				
	<b>≓</b> I	inggal dunia		- :		1,3,14, 15,16,	. 1,		1,3,14, 15,16,17,18	1, 3, 14, 15, 16, 17	, 18				
	Kepe	sertaan 10 tahu	ın (Pengambı	ilan Sebagian 10%)		1,2,3,4/5,18			1, 2, 3, 18	1, 2, 3, 18					
	<u></u> ∐				1			]/	İ		[ ]				
Γ			ın (Pengambi	ilan Sebagian 30%		1,2,3,4/5,13,	18		- [		-				
<u> </u>	<b>≓</b> I	kPerumahan)			1			]/	İ		[ ]				
	Men	gundurkan diri s	sebelum usia	pensiun		1, 2, 3, 5, 18			1, 2, 3, 5, 18	1, 2, 3, 7, 18					
	Pemı	utusan Hubunga	an Kerja (PHK	()/kontrak /Pensiun	. 1	1, 2, 3, 7/8/9, 18			- [	1, 2, 3, 7, 18					
		lum 56 th		,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,	1	_, ,		]/	İ		[ ]				
C Dok			iiai alah pati	:==== PD IS Koton	=	rationinan) :	_		<u> </u>						
C. DUN	dinen			ugas BPJS Keten	lay										
INC	<u></u>		ma Dokumen		~	No 10	ᄩ		Nama Dokumen		<u> </u>				
1	Kartu	u Peserta BPJS K	etenagakerjaa	an asli		10		c. Kartu slinya	Ijin Tinggal Terbatas (KITAS)	) WNA dengan	1   1				
2	Fc K	TP (WNI) /Paspo	"*"NIA) nese	·	_	1 11	=		· +idal- bakaria di Inc	· looj	⊣ :				
	2 Fc. Ki asliny		or (WNA) peac	erta dengan		**			rnyataan tidak bekerja di Ind ngin beralih kewarganegaraa		1   1				
3		artu Keluarga (W	VNI) dengan a	elinya	_				terangan cacat total tetap da		H				
-		,	viv., acg		,	12 Surat i			erangan cacat total teter =	III GORCEI					
4	Fc. K	eterangan masil	h aktif bekerja	a dari perusahaan	$\neg$	13	ĪБ	okumer	n kredit perumahan		Ħ '				
		gan aslinya				<u>_</u>	IL								
5		eterangan berhe	enti bekerja d	ari perusahaan	$\equiv$	14	F	c. KTP (\	WNI) / Paspor (WNA) ahli wa	aris dengan aslinya	$\sqcap$				
	deng	an aslinya;	-			1			, , , , , ,						
		pernyataan tida	ık punya aktiv	ritas usaha untuk		1				ĺ					
<u> </u>	BPU			!	_	<u> </u>	브				Щ				
6	III	.Ket. Mencapai l	Jsia 56 Th dar	i perusahaan		15 Fc. KK			ili waris (WNI) dengan asliny	а	ſ				
늗		an aslinya			_	10 - 11					닉				
7	11	erjanjian (kontra gan aslinya;	ık) kerja / Κετ	t. Habis kontrak		16			kematian atau ket. Meningg Iisi/Kelurahan/instansi terka						
			k dari nerwaki	ilan pemerintah		1	3	3KIL/FUI	ISI/Keiuranan/mstansi terku	It deligali asiiliya					
		elaksana penem				1				Ī					
	PMI			II		1				Ī					
8	HEC D	enetapan PHK d	: nui	——————————————————————————————————————	_	1 17	눈	- Koter	angan ahli waris dengan asli		H				
٦	FC. r	эпетаран инк о	arıını	II.		17 Fc. Ke			angan ann wans uengan asn	nya					
9	Fc. S	K. Pensiun deng	Hangan aslinya			18	ᄩ	c Buku	Buku rekening						
-	0. 2.	C. Pelisian ac	,an asiii.ya	ll.			11.	Dunc.	rekerinig	ĺ	'				
					=	JL	<u> </u>				<u> </u>				
D. Infor	masi F	Rekening			_		_								
	Nama			:											
_	Nama	a Rekening		:											
		-													
	INO INC	ekening		<u> </u>							-				
				dengan ini saya m											
INFO	ORMAS	SI YANG SAY/	A SAMPAIK/	AN DI ATAS DIBU	JAT	T DENGAN SEB	ΞN	ARNY	A						
									okumen yang saya berika		an				
yanç	ງ saya	sampaikan m	iaka saya be	ersedia mengemb	bali	likan semua uanç	j ya	ang sa	ya terima dari hak terseb	out di atas serta					
bers	edia u	ıntuk dituntut s	ecara hukur	m.											
									S1 .						
									Nama :						

	BPJS Ketenagakerjaan					Fo BPJS Ke	ormulir 7 tenagakerjaan
		AJUAN	PEMBAYARAN JAMIN	IAN PEN	NSIUN		
	a ini saya mengajukan pembayara <b>a Pemohon</b> Nama	ın Jamina	an Pensiun sebagai berikut:				
2	NIK	:					
3	Tempat/Tgl. Lahir	: <u>_</u>				Jenis Kela	amin : L/P
4	Hubungan dengan pekerja	:	pekerja sendiri istri/suami anak orang tua				
5	Alamat lengkap	:					
6	No. Telp/HP	:					
7	e-mail	:					
8	Informasi Rekening a. Nama Bank						
	b. Nama Rekening	:					
	c. No. Rekening	-					
Data	a Tenaga Kerja						
1	Nama*	:					
2	NIK*	:					
3	No. Peserta Tempat/Tgl. Lahir*	:					
5	Nama Ibu Kandung	:					
6	Alamat lengkap*	:					
7	Nama Pemberi Kerja						
	*Tidak perlu diisi iika pemohon adalah ten	aaa keria s	endiri				
Seb	oab Klaim dan Persyaratan (diisi	oleh petuga	as BPJS Ketenagakerjaan)				
	Mencapai Usia Pensiun		Cacat Total Tetap			Meningga	
	Kartu Peserta BPJS		Kartu Peserta BPJS			serta BPJ	S
Щ	Ketenagakerjaan	Щ	Ketenagakerjaan			akerjaan	
$\blacksquare$	KTP Pekerja		KTP Pekerja			nerima Mai	
	Fc. Bukti potong PPh 21 Form 1721-A1 bulan terakhir dari		Fc. Bukti potong PPh 21 Fo			t Keterang	an natian dan
	perusahaan*		A1 bulan terakhir dari perus	ahaan*	aslinya		nauan aan
	Fc. Buku rekening		Fc. Surat Keterangan Cacat				an Ahli Waris
Fc. Buku rekening			Tetap dari Dokter dan asliny	dan aslir	linya ku rekening		
			Fc. Surat Keterangan tidak I dari Perusahaan dan aslinya	Fc. Buku			
*Opt	tional (tidak <i>mandatory</i> )		Fc. Buku rekening				
Sus	unan Anggota Keluarga Peker	ja					
No	Nama	Hubungan Keluarga	( menin	Status ggal/ kawin/ be tahun)	kerja/ 23	rja/ 23 Tanggal Status	
				1			
$\vdash$				1			
$\vdash$				+			
Data y	rang diisi pada kolom D sebagai dasar penerima r ahan data setelah manfaat pensiun dibayarkan.	manfaat Jam	nan Pensiun (sesuai manfaat pensiun yan	ig berhak diter	ima), dan tidak dapat d	dilakukan	
_							
INFO	alui pengisian formulir ini maka de DRMASI YANG SAYA SAMPAIKA	N DIAT	AS DIBUAT DENGAN SEBE				
	i di kemudian hari ternyata terdapa g saya sampaikan maka saya bers						
yang	g saya sampaikan maka saya ber sedia untuk dituntut secara hukum.	scuid IIIE	ngembaiikan semua uang ya	ng saya te	ınına udil ilak te	oraenar al i	ಷಡಾ ಎರಗಡ
bers							
bers							
bers							
bers							
bers							

DIREKTUR UTAMA
BADAN PENYELENGGARA JAMINAN
SOSIAL KETENAGAKERJAAN,

ttd

AGUS SUSANTO

Salman/sesuai dengan aslinya Deputi/Direktur Bidang Kepatuhan dan Hukum,

SALKONI