



BERITA NEGARA REPUBLIK INDONESIA

No.1650, 2015

BPJS.KETENAGAKERJAAN. Jaminan Pensiun.
Jaminan Hari Tua. Jaminan Kematian. Jaminan
Kecelakaan Kerja. Peserta. Formulir Sertifikat.
Kartu.

PERATURAN BADAN PENYELENGGARA JAMINAN 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 PROGRAM JAMINAN PENSIUN

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

DIREKTUR UTAMA BADAN PENYELENGGARA JAMINAN SOSIAL

KETENAGAKERJAAN,

Menimbang : bahwa untuk melaksanakan ketentuan Pasal 14 Peraturan
Pemerintah Nomor 44 Tahun 2015 tentang Penyelenggaraan
Program Jaminan Kecelakaan Kerja dan Jaminan Kematian,
perlu menetapkan Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan
Sosial Ketenagakerjaan tentang Bentuk Kartu Peserta,
Sertifikat Kepesertaan, dan Formulir Program Jaminan
Kecelakaan Kerja dan 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);
2. 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);
 4. 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 Tua (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.

BAB I

KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan BPJS Ketenagakerjaan ini yang dimaksud dengan:

1. Kartu Peserta BPJS Ketenagakerjaan yang selanjutnya disebut Kartu Peserta adalah kartu tanda kepesertaan 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.
2. Sertifikat Kepesertaan adalah tanda kepesertaan perusahaan yang memiliki nomor pendaftaran perusahaan sebagai tanda bukti kepesertaan program jaminan sosial ketenagakerjaan.
3. Formulir adalah lembar isian yang memuat bagian berisi data atau informasi yang bersifat tetap dan bagian lain yang diisi dengan bagian yang tidak tetap baik secara manual maupun elektronik.
4. Pihak lain adalah Pemerintah Pusat, Pemerintah Daerah Provinsi, Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota, badan usaha, asosiasi, lembaga keuangan, koperasi atau lembaga terkait lainnya.

BAB II

KARTU PESERTA

Pasal 2

- (1) Kartu Peserta 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
 - b. memperoleh manfaat layanan tambahan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;

Pasal 3

- (1) Kartu Peserta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 paling sedikit memuat:
 - a. nomor induk kependudukan;

- b. nomor Peserta atau referensi;
 - c. nama Peserta;
 - d. bulan dan tahun mulai kepesertaan; dan
 - e. logo BPJS Ketenagakerjaan.
- (2) Dalam hal BPJS Ketenagakerjaan melakukan kerjasama dengan pihak lain, selain mencantumkan unsur sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat dicantumkan logo, gambar, identitas, kalimat tambahan dan/atau bentuk lainnya sesuai dengan kesepakatan antara BPJS Ketenagakerjaan dengan pihak lain.
- (3) Bentuk Kartu Peserta sebagaimana dimaksud pada ayat (1) tercantum dalam Lampiran I yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan BPJS Ketenagakerjaan ini.

BAB III

SERTIFIKAT KEPESERTAAN

Pasal 4

- (1) Sertifikat Kepesertaan diberikan sebagai tanda bukti kepesertaan perusahaan sebagai Peserta BPJS Ketenagakerjaan.
- (2) Sertifikat Kepesertaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) paling sedikit memuat:
- a. logo BPJS Ketenagakerjaan;
 - b. nomor pendaftaran perusahaan;
 - c. nama badan usaha/instansi/asosiasi;
 - d. alamat badan usaha/instansi/asosiasi;
 - e. nomor Sertifikat;
 - f. tanda tangan Direktur Utama;
 - g. tempat ditetapkan;
 - h. tanggal ditetapkan;
 - i. nomor kendali Sertifikat; dan
 - j. bulan dan tahun kepesertaan.
- (3) Dalam hal perusahaan mengikuti program jaminan pensiun, dalam Sertifikat Kepesertaan dicantumkan keterangan kepesertaan program jaminan pensiun.

- (4) Bentuk Sertifikat Kepesertaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) tercantum dalam Lampiran II yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan BPJS Ketenagakerjaan ini.

BAB IV FORMULIR

Pasal 5

Formulir digunakan sebagai salah satu persyaratan pendaftaran menjadi Peserta BPJS Ketenagakerjaan dan pengajuan pembayaran manfaat program jaminan kecelakaan kerja, jaminan hari tua, jaminan pensiun, dan jaminan kematian.

Pasal 6

Jenis formulir sebagaimana dimaksud dalam Pasal 5, terdiri atas:

1. formulir pendaftaran:
 - a. formulir Peserta penerima upah;
 - b. formulir Peserta bukan penerima upah; dan
 - c. formulir Peserta jasa konstruksi.
2. formulir pengajuan dan pembayaran manfaat:
 - a. formulir pengajuan dan pembayaran jaminan kecelakaan kerja;
 - b. formulir pengajuan dan pembayaran jaminan kematian;
 - c. formulir pengajuan dan pembayaran jaminan hari tua; dan
 - d. formulir pengajuan dan pembayaran jaminan pensiun.

Pasal 7

- (1) Jenis formulir Peserta penerima upah sebagaimana dimaksud dalam Pasal 6 huruf a angka 1, berupa:
- a. pendaftaran badan usaha atau asosiasi;
 - b. pendaftaran penyelenggara negara;
 - c. pendaftaran atau perubahan data pekerja;
 - d. daftar pekerja keluar;

- e. rekapitulasi rincian pembayaran iuran; dan
 - f. rincian iuran pekerja.
- (2) Jenis formulir Peserta bukan penerima upah sebagaimana dimaksud dalam Pasal 6 huruf a angka 2, berupa:
- a. pendaftaran mitra;
 - b. pendaftaran atau perubahan data pekerja;
 - c. daftar pekerja keluar;
 - d. rekapitulasi rincian pembayaran iuran wadah atau mitra; dan
 - e. rincian iuran pekerja.
- (3) Jenis formulir Peserta jasa konstruksi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 6 huruf a angka 3, berupa:
- a. pendaftaran proyek konstruksi; dan
 - b. daftar harga satuan upah pekerja.
- (4) Formulir Peserta bukan penerima upah sebagaimana dimaksud pada ayat (2) digunakan jika dibutuhkan untuk pendaftaran Peserta bukan penerima upah melalui mitra secara massal sesuai proses bisnis yang ada.

Pasal 8

- (1) Jenis formulir pengajuan dan pembayaran jaminan kecelakaan kerja sebagaimana dimaksud dalam Pasal 6 huruf b angka 1, berupa:
- 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;
 - g. assessment kasus jaminan kecelakaan kerja return to work;
 - h. perencanaan program rehabilitasi; dan
 - i. job placement.
- (2) Jenis formulir pengajuan dan pembayaran jaminan pensiun sebagaimana dimaksud dalam Pasal 6 huruf b angka 4, berupa:

- a. pengajuan pembayaran jaminan pensiun;
- b. pernyataan data peserta dan susunan keluarga; dan
- c. perubahan informasi penerima manfaat pensiun dan data keluarga.

Pasal 9

Bentuk formulir sebagaimana dimaksud dalam Pasal 6 tercantum dalam Lampiran III yang merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari Peraturan BPJS Ketenagakerjaan ini.

Pasal 10

Penyampaian formulir sebagaimana dimaksud dalam Pasal 6 dapat dilakukan dalam bentuk hardcopy atau dokumen elektronik.

BAB V

KETENTUAN PERALIHAN

Pasal 11

Pada saat Peraturan BPJS Ketenagakerjaan ini mulai berlaku, penggunaan formulir pendaftaran kepesertaan, formulir pengajuan, dan formulir pembayaran manfaat program BPJS Ketenagakerjaan sebagaimana diatur dalam Peraturan Menteri Tenaga Kerja dan Transmigrasi Nomor PER-12/MEN/VI/2007 tentang Petunjuk Teknis Pendaftaran Kepesertaan, Pembayaran Iuran, Pembayaran Santunan dan Pelayanan Jaminan Sosial Tenaga Kerja sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Menteri Tenaga Kerja dan Transmigrasi Nomor 20 Tahun 2012 tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Tenaga Kerja dan Transmigrasi Nomor PER-12/MEN/VI/2007 tentang Petunjuk Teknis Pendaftaran Kepesertaan, Pembayaran Iuran, Pembayaran Santunan dan Pelayanan Jaminan Sosial Tenaga Kerja dan Keputusan Direksi BPJS Ketenagakerjaan Nomor KEP/116/042015 tentang Bentuk Formulir Pendaftaran Kepesertaan BPJS Ketenagakerjaan, tetap digunakan sampai dengan jangka waktu paling lama 30 (tiga puluh) hari terhitung sejak tanggal pengundangan Peraturan BPJS Ketenagakerjaan ini.

BAB VI
KETENTUAN PENUTUP

Pasal 12

Peraturan BPJS Ketenagakerjaan ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

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

Ditetapkan di Jakarta
pada tanggal 29 Juli 2015

DIREKTUR UTAMA
BADAN PENYELENGGARA JAMINAN
SOSIAL KETENAGAKERJAAN,

ttd

ELVYN G. MASASSYA

Diundangkan di Jakarta
pada tanggal 3 November 2015

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

ttd

WIDODO EKATJAHJANA

LAMPIRAN I PERATURAN BPJS KETENAGAKERJAAN
NOMOR 3 TAHUN 2015
TENTANG
BENTUK KARTU PESERTA BPJS KETENAGAKERJAAN



Ditetapkan di Jakarta
pada tanggal 29 Juli 2015

DIREKTUR UTAMA
BADAN PENYELENGGARA JAMINAN SOSIAL
KETENAGAKERJAAN,

ELVYN G. MASASSYA

LAMPIRAN II PERATURAN BPJS KETENAGAKERJAAN
NOMOR 3 TAHUN 2015
TENTANG
BENTUK SERTIFIKAT KEPESERTAAN
BPJS KETENAGAKERJAAN

	SERTIFIKAT KEPESERTAAN
Nomor Kendali :	BPJS Ketenagakerjaan DIREKSI  DIREKTUR UTAMA

	SERTIFIKAT KEPESERTAAN
NOMOR :	
Nama Badan Usaha/ Instansi/Asosiasi :	
Nomor Pendaftaran Perusahaan :	
Alamat :	
Telah terdaftar sebagai peserta BPJS Ketenagakerjaan sesuai dengan ketentuan dalam Undang-Undang No. 24 Tahun 2011	
BADAN USAHA/INSTANSI/ASOSIASI INI TELAH MENGIKUTKAN PROGRAM JAMINAN Pensiun TERHITUNG SEJAK :	ditetapkan di : pada tanggal : BPJS Ketenagakerjaan DIREKSI  ELVYN G. MASASSYA DIREKTUR UTAMA
Nomor Kendali : 2015 -	

Ditetapkan di Jakarta
pada tanggal 29 Juli 2015

DIREKTUR UTAMA
BADAN PENYELENGGARA JAMINAN SOSIAL
KETENAGAKERJAAN,

LAMPIRAN III PERATURAN BPJS KETENAGAKERJAAN
NOMOR 3 TAHUN 2015
TENTANG
BENTUK FORMULIR PENDAFTARAN KEPESERTAAN



Formulir 1 PU
BPJS Ketenagakerjaan

www.peraturan.go.id



PENDAFTARAN PENYELENGGARA NEGARA

Formulir 1 PN
BPJS Ketenagakerjaan

☐ Pendaftaran Baru ☐ Perubahan Data

BAGIAN I: IDENTITAS Kementerian/Lembaga/Penda/Instansi		KOLOM BPJS Ketenagakerjaan
Nama Kementerian/Lembaga/Penda/Instansi*		Kode ILO
Alamat :*	 	
Kode Pos*	Kabupaten/Kota*	
Provinsi*		
No. Telepon*	/	
No. Fax*		
Alamat email		
Alamat Website		
Kepemilikan*	☐ Kementerian ☐ Pemerintah Provinsi ☐ Pemerintah Kab/Kota ☐ TNI ☐ POLRI ☐ Lembaga Negara ☐ Instansi (Non Kementerian)	
Nomor UU Pembentukan :*		
Tanggal UU Pembentukan :*		
NPWP Kementerian/Lembaga/Penda/Instansi*		
Status Kementerian/Lembaga/Penda/Instansi* (Pilih salah satu)	☐ Pusat ☐ Provinsi ☐ Kota/Kab ☐ TNI ☐ POLRI	
BAGIAN II: DATA NAMA YANG DAPAT DIHUBUNGI		
Nama Lengkap:*		
Jabatan:*		
No. Telepon:*	Ext:	
No. HP:		
No. Fax:		
Alamat email		
BAGIAN III: KEPESERTAAN PROGRAM		
Program yang diikuti :*	☐ Jaminan Kecelakaan Kerja Jaminan Hari Tua Jaminan Kematian Jaminan Pensiun ☐ Jaminan Kecelakaan Kerja Jaminan Hari Tua Jaminan Kematian ☐ Jaminan Kecelakaan Kerja Jaminan Kematian	
Menjadi peserta sejak :*	bulan tahun	
Jumlah Pegawai / Aparat :*	Orang	
Pendaftaran ini dibuat berdasarkan data yang sebenarnya, serta untuk selanjutnya dibuat untuk memenuhi kewajiban sebagaimana ditentukan dalam Undang-Undang No.24 tahun 2011 dan peraturan pelaksanaannya		
* Wajib diisi		
_____, _____ 20____		
(Nama dan Tanda Tangan Pimpinan) Jabatan :		

Diterima oleh:
tgl:

Diperiksa oleh:
tgl:

Diproses oleh:
tgl:

[illegible]



DAFTAR PEKERJA KELUAR

**Formulir 1b PU
BPJS Ketenagakerjaan**

Terhitung Sejak : bln $Tahun$

No Pendaftaran Persh/NPP :		Nama Badan Usaha/Insansi/Asosiasi:			Halaman :	
Nomor Urut	Nomor Induk Pegawai / Karyawan	Nomor Referensi (Nomor Peserta)	Nomor Induk Kependudukan (NIK)	Nama Lengkap Pekerja (Sesuai dg KTP, Gedar/Sabatan dibataslang)	Tanggal Lahir (Tanggal/Bulan/Tahun)	Keterangan
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						

Catatan :
Kolom Keterangan diisi dengan penyebab Pekerja keluar :

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

Tanggal :

Jabatan :



REKAPITULASI RINCIAN PEMBAYARAN IURAN

Formulir 2 PU
BPJS Ketenagakerjaan

BAGIAN I - Badan Usaha/Instansi/Asosiasi:

1

Nama Badan Usaha/Instansi/Asosiasi :
Alamat :
Nomor Pendaftaran Perusahaan (NPP) :

2

Iuran untuk bulan/thn
bln - tahun

3

Iuran disetor melalui : Bank
No Virtual Account

BAGIAN II - Rekapitulasi Pekerja dan upah

Uraian	Jumlah	
	Pekerja	Gaji / Upah
a Bulan lalu		Rp.
b Penambahan Pekerja		Rp.
c Pengurangan Pekerja		Rp.
d Kenaikan Upah		Rp.
e Penurunan Upah		Rp.
f Total (a+b-c+d-e)		Rp.

BAGIAN III - Rincian Iuran Bulan ini

Program	Tarif	Total Gaji / Upah	Iuran
a	b	c=total upah Bagian II	d=b*c
a Jaminan Kecelakaan Kerja (JKK)	 %	Rp.	Rp.
b Jaminan Hari Tua (JHT)	5,70%	Rp.	Rp.
c Jaminan Kematian (JKM)	0,30%	Rp.	Rp.
d Jaminan Pensiun (JP)	3,00%	Rp.	Rp.
e Jumlah (a+b+c+d)		Rp.	Rp.

BAGIAN IV - Kompensasi Kekurangan / Kelebihan Iuran untuk bulan / tahun sebelumnya

Program	Iuran
a Jaminan Kecelakaan Kerja (JKK)	Rp.
b Jaminan Hari Tua (JHT)	Rp.
c Jaminan Kematian (JKM)	Rp.
d Jaminan Pensiun (JP)	Rp.
e Jumlah Iuran (a+b+c+d)	Rp.

BAGIAN V - Denda Iuran

a	b	c=b*jumlah Iuran Bagian III
Jumlah denda Iuran	 %	Rp.

BAGIAN VI - Jumlah Seluruhnya

Jumlah Iuran seluruhnya (III+IV+V)	Rp.
------------------------------------	-----

Nama & Tanda Tangan/Cap

Jabatan

Tanggal



RINCIAN IURAN PEKERJA

Formulir 2a PU
BPJS Ketenagakerjaan

NPP

Nama Badan Usaha/Instansi/Asosiasi:

Nama Unit Kerja / Kesatuan

Periode Laporan

bulan

tahun

No	Nomor Referensi (Nomor Peserta)	Nomor Induk Kependudukan (NIK)	Nama Pekerja	Tanggal Lahir	Jumlah Upah (Rp.)	Iuran JKK (Rp.)	Iuran JKM (Rp.)	Iuran JHT		Iuran JP		Total Iuran (Rp.)
								Pemberi kerja (Rp.)	Pekerja (Rp.)	Pemberi kerja (Rp.)	Pekerja (Rp.)	
a	b	c	d	e	f	g	h	i	j	k	l	m+g+h+i+j+k+l
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
16												
17												
18												
19												
20												
Jumlah seluruhnya												

ketarangan
Islam tomulur ni dapat disampaikan kepada BPJS Ketenagakerjaan dalam bentuk media elektronik (softcopy) ataupun hasil cetakan dari sistem pengujian perusahaan peserta yang bersangkutan, dengan aturan / format yang sesuai dengan ketentuan BPJS Ketenagakerjaan.

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



PENDAFTARAN MITRA

Formulir 1 BPU
BPJS Ketenagakerjaan

Nomor Kerjasama*)	:	
Kode Mitra	:	
Tanggal Mulai Kerjasama *)	:	
Tanggal Berakhir kerjasama*)	:	
Nama Mitra *	:	
Tipe Mitra *	:	☐ Komunitas ☐ Agen ☐ Askesos / Bansos ☐ Paguyuban ☐ Lainnya, sebutkan...
Alamat Mitra *	:	kode pos kabupaten / kota Provinsi
Nama Penanggung Jawab Mitra *	:	
No. Induk Kependudukan *	:	
Tempat/ Tanggal Lahir *	:	/ / tgl bln thn
Alamat Lengkap * (sesuai identitas diri)	:	kode pos kabupaten / kota Provinsi
No. Telp/ HP *	:	Telp - HP -
Menjadi mitra sejak	:	/ / tgl bln thn
Jumlah Anggota/ Pekerja	:	

Tanda Tangan Penanggung Jawab Mitra tgl bln thn	Diterima Oleh Petugas BPJS Ketenagakerjaan tgl bln thn Tanda Tangan/ Cap
--	--

Keterangan :

1. Seluruh informasi wajib diisi secara lengkap

2. Penanggung jawab Mitra wajib melampirkan dasar hukum/ dokumen yang menunjukkan keterangan bahwa yang bersangkutan ditunjuk sebagai penanggung jawab Mitra oleh anggotanya

* wajib diisi

*) diisi jika Mitra sebelumnya pernah terdaftar atau menjadi Mitra di BPJS Ketenagakerjaan



PENDAFTARAN / PERUBAHAN DATA PEKERJA BUKAN PENERIMA UPAH

**Formulir 1a BPU
BPJS Ketenagakerjaan**

Pendaftaran Baru ☐ Perubahan Data ☐ Terhitung Sejak : tgl bin Tahun

IDENTITAS DATA PEKERJA

Kode Mitra (bila ada) :	
Nomor Induk Kependudukan (NIK)* :	
Apakah sebelumnya anda sudah menjadi peserta ? ☐ Belum ☐ Sudah	
Bila sudah, mohon lengkapi Nomor Referensi (Nomor Kartu Peserta) BPJS Ketagakerjaan anda :	
Nama Lengkap Pekerja*:	
Tempat/Tgl Lahir*: tgi bin Tahun	
Jenis Kelamin*: ☐ Laki - laki ☐ Perempuan	
Nama Ibu Kandung Pekerja*:	
Alamat Lengkap Pekerja: <i>(sesuai Domisili)</i>	
Kode Pos* Kabupaten/Kota* Provinsi	
No Telephone :	
No HP* :	
Alamat Email	
Nomor Pokok Wajib Pajak (NPWP) :	
Jenis Peserta*	☐ Pemberi Kerja ☐ Pekerja Mandiri ☐ Pekerja Lainnya
Jenis Pekerjaan *	Maksimal 2 jenis (contoh : Pedagang Nasi Goreng, Tukang Oyak)
Lokasi Pekerjaan	
Penghasilan sebulan *	Rp.
Program yang diikuti*	☐ JKK dan JKM ☐ JKK, JKM dan JHT
* wajib diisi Keterangan :	
-Bentuk Formulir ini digunakan bagi PEKERJA yang mendaftar melalui Mitra kerjasama BPJS Ketagakerjaan.	

DAFTAR PEKERJA KELUAR BUKAN PENERIMA UPAH

Formulir 1b BPU
BPJS Ketenagakerjaan

Terhitung Sejak : b/n Tahun

Kode Mitra :		Nama Mitra :		Halaman :	
Nomor Urut	Nomor Referensi (Nomor Peserta)	Nomor Induk Kependudukan (NIK)	Nama Lengkap Pekerja (Sesuai dg KTP, Gelar/Sabatan diisikan dibelakang)	Tanggal Lahir (Tanggal/Bulan/Tahun)	Keterangan
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

Tanggal :

Catatan :
Formulir ini dapat digunakan apabila dibutuhkan oleh Mitra
Kolom Keterangan diisi dengan penyebab Pekerja keluar dari Mitra

Penanggung Jawab Mitra



REKAPITULASI RINCIAN PEMBAYARAN IURAN MITRA

Formulir 2 BPU
BPJS Ketenagakerjaan

Nomor Kerjasama

:

Kode Mitra

:

Nama Mitra

:

Periode Pembayaran

:

1 bulan

3 bulan

6 bulan

12 bulan

Periode iuran

:

bulan

-

tahun

s/d

bulan

-

tahun

iuran disetor melalui

:

Bank *)

Jumlah Pekerja

:

Orang

Rekap iuran

:

Uraian	iuran Perbulan	Total iuran
a	b	c = b *
1. iuran (Rp)		
a. Jaminan Kecelakaan Kerja		
b. Jaminan Kematian		
c. Jaminan Hari Tua		
2. Denda iuran (Rp)		
Total Seluruhnya (1+2)		

Nama dan Tanda Tangan Penanggung Jawab Mitra

tgl

bin

tin

Diterima Oleh Petugas BPJS Ketenagakerjaan

tgl

bin

tin

Tanda Tangan/ Cap

Keterangan :
seluruh informasi wajib diisi secara lengkap
*) Bank Yang Kerjasama dengan Kantor Cabang BPJS Ketenagakerjaan
- kolom c adalah jumlah perkalian antara kolom b dengan pilihan metode pembayaran.

 RINCIAN IURAN PEKERJA BUKAN PENERIMA UPAH

Kode Mitra*) _____ Nama Mitra*) _____

No	Nomor Referensi (Nomor Peserta)	Nomor Induk Kependudukan (N I K)	Nama Peserta	Jumlah Rincian Iuran Per Bulan				Total Iuran (Rp.)
				Iuran JKK (Rp.)	Iuran JKM (Rp.)	Iuran JHT (Rp.)	Total Iuran Perbulan (Rp.)	
a	b	c	d	e	f	g	h= e+f+g	i= h * Total Iuran (Rp.)
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
Jumlah seluruhnya								

Keterangan

Keterangan

***)** Diisi jika pendaftaran dilakukan melalui Mitra.

- Kolom j adalah jumlah perkalian antara kolom i dengan pilihan metode pembayaran.
- Isian formulir ini dapat disampaikan kepada BPJS Ketenagakerjaan dalam bentuk media elektronik (softcopy) ataupun hasil cetakan dari sistem operasi Mitra yang bersangkutan, dengan aturan / format yang sesuai dengan ketentuan BPJS Ketenagakerjaan.

20

(Nama dan Tanda Tangan Penanggung Jawab Mitra)



FORMULIR 1 JAKON
BPJS KETENAGAKERJAAN

PENDAFTARAN PROYEK

No.....

1.	Nama Perusahaan/ Kantor	:	.....
2.	Alamat	:	.....
	No. Telepon	:	.....
3.	No. SPK	:	.....
4.	Tanggal SPK	:	.....
5.	Sumber Pembiayaan Proyek	:	APBN/APBD TK.I/APBD TK.II/SWASTA/LAIN-LAIN
6.	Nilai Kontrak Kerja Konstruksi (NKKK)	:	.....
7.	Nilai Komponen Upah Dari NKKK	:	.....
8.	Lokasi Proyek	:	.....
9.	No. IMB-PB/Tanggal	:	.....
10.	No. IMB/Tanggal	:	.....
11.	Pemilik Proyek	:	.....
12.	Jumlah Pekerja	:	.....
13.	Masa Pertanggungan/Masa kontrak	:	.....
		s/d.....	
14.	Jenis Pertanggungan	:	Jaminan Kecelakaan Kerja Jaminan Kematian
15.	Keterangan lain-lain	:	.....

.....,

Pimpinan Perusahaan

Nama
Jabatan

- Tembusan :
- 1. Pemilik Proyek
 - 2. Dinas Pengawasan Pembangunan Provinsi/Kab/Kota
 - 3. BPJS Ketenagakerjaan setempat (Asli)
 - 4. Arsip Perusahaan



FORMULIR 1a JAKON
BPJS KETENAGAKERJAAN

DAFTAR HARGA SATUAN UPAH PEKERJA

Nama Perusahaan/Kontraktor :
No. Pendaftaran Proyek :

No	Nama Pekerjaan	Upah Per Hari	Jumlah Pekerja
(1)	(2)	(3)	(4)
1	Keamanan		
2	Pembantu Pekerja		
3	Pekerja		
4	Pekerja Kepala		
5	Pembantu Tukang		
6	Tukang Batu		
7	Tukang Kayu		
8	Tukang Besi		
9	Tukang Kepala		
10	Mandor		
11	Mandor Kepala		
12	Pembantu Mekanik		
13	Mekanik		
14	Pembantu Sopir / Operator		
15	Sopir SIM A		
16	Sopir SIM B I		
17	Sopir SIM B II		
18	Operator		
19	Administrasi Lapangan		
20	Pelaksana Lapangan		
21	Lain-lain		

.....
Pimpinan Perusahaan

Nama
Jabatan

- Tembusan :
- 1. Pemilik Proyek
 - 2. Dinas Pengawasan Pembangunan Provinsi/Kab/Kota
 - 3. BPJS Ketenagakerjaan setempat (Asli)
 - 4. Arsip Perusahaan

Ditetapkan di Jakarta
pada tanggal 29 Juli 2015

DIREKTUR UTAMA
BADAN PENYELENGGARA JAMINAN SOSIAL
KETENAGAKERJAAN,

ELVYN G. MASASSYA

6. Uraian Kejadian Kecelakaan

- Bagaimana terjadinya kecelakaan

:

Uraian kejadian kecelakaan lebih lengkap dapat ditambahkan di lampiran tersendiri

- Sebutkan bagian mesin, instalasi bahan atau lingkungan yang menyebabkan cedera *)

*) tidak perlu diisi bagi peserta bukan penerima upah

:

Uraian kejadian kecelakaan lebih lengkap dapat ditambahkan di lampiran tersendiri

7. Akibat yang diderita korban

:

☐ Meninggal

☐ cedera/luka

Sebutkan bagian tubuh yang luka

:

8. Fasilitas kesehatan (faskes) yang memberikan pertolongan pertama

:

Nama Faskes

:

Jenis Faskes

:

☐ Rumah Sakit Trauma Center

☐ Klinik Trauma Center

☐ Bukan Jejaring TC

Alamat Faskes

:

9. Keadaan penderita setelah pemeriksaan pertama

:

☐ rawat jalan

☐ rawat inap

10. Keterangan lainnya jika perlu

:

Dengan ini saya menyatakan bahwa data dan keterangan yang saya sampaikan kepada BPJS Ketenagakerjaan dalam rangka pelaporan kasus kecelakaan kerja tahap I adalah benar. Apabila data yang diberikan tidak benar, saya bersedia dikenakan sanksi sesuai peraturan perundangan yang berlaku

Tembusan:

- Dinas Tenaga Kerja Setempat

Kota/kab

:

Tanggal

:

.....(tanda tangan, pimpinan dan stempel perusahaan)

Nama

:

Jabatan

:

	LAPORAN KASUS KECELAKAAN KERJA TAHAP II	Formulir 3a KK 2 BPJS Ketenagakerjaan
Laporan Kasus Kecelakaan Kerja Tahap II Wajib dilaporkan dalam waktu 2 X 24 Jam Sejak pekerja dinyatakan sembuh, cacat, atau meninggal dunia		Formulir ini berfungsi juga sebagai pengajuan pembayaran Jaminan Kecelakaan Kerja
1. Nama Perusahaan *)	:	
Kode Mitra / No. Proyek	: *) Diisi khusus Bagi peserta Penerima Upah / Jasa Konstruksi	
Alamat	:	
	Desa/Kel	Kec Kota/Kab
No telp perusahaan	:	
Nama Kontak personil perusahaan	:	
2. Nama Peserta	:	
Nomor Referensi / nomor Peserta	:	
Jenis Kelamin	: ☐ laki-laki ☐ Perempuan	
Tanggal Lahir	: tgl bln thn	
Alamat/ no telp	:	
	Desa/Kel	Kec Kota/Kab
	Kode Pos	No Telp/hp
Jenis Pekerjaan/jabatan	:	
Unit / Bidang/ Bagian perusahaan	:	
3. Tanggal Kecelakaan	: tgl 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	: ☐ Perusahaan ☐ Peserta ☐ Faskes Trauma Center ☐ 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	
Penerima manfaat pembiayaan	: ☐ Perusahaan ☐ Peserta ☐ Faskes TC ☐ Ahli Waris	
6. Pengajuan Santunan Sementara Tidak Mampu Bekerja (STMB)	: a) Periode tanggal bulan tahun s.d. tanggal bulan tahun Jumlah besarnya STMB Rp	
	b) Periode tanggal bulan tahun s.d. tanggal bulan tahun Jumlah besarnya STMB Rp	
	c) Periode tanggal bulan tahun s.d. tanggal bulan tahun Jumlah besarnya STMB Rp	
7. Uraian keterangan dokter tentang kondisi fisik/mental peserta pasca kecelakaan kerja	: ☐ Terlampir pada surat keterangan dokter kasus kecelakaan kerja (formulir 3b KK3) ☐ Tidak Terlampir	

8. Berdasarkan Surat Keterangan dokter bentuk KK4 atau KK5 ditetapkan terlampir	: Pada tanggal <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px;"></table> <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px;"></table> <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px;"></table> peserta ditetapkan tanggal bulan tahun ☐ Sembuh atau Keadaan sementara tidak mampu bekerja telah berakhir ☐ Sedang dalam tahap perawatan/pengobatan ☐ Cacat total tetap untuk selamanya ☐ Cacat sebagian anatomis ☐ Cacat sebagian fungsi ☐ Meninggal dunia ☐ Kasus Kambuh
9. Besarnya pembiayaan dan santunan yang telah diberikan kepada peserta atau ahli waris pasca kecelakaan kerja	: Rp <table border="1" style="display: inline-table; width: 150px; height: 20px;"></table>
10. Penerima manfaat santunan (ahli waris) :	Nama Peserta : <table border="1" style="display: inline-table; width: 250px; height: 20px;"></table> Nomor Identitas Kependudukan : <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 20px;"></table> Hubungan ahli waris dengan peserta : ☐ janda/duda ☐ Anak ☐ Ayah/Ibu ☐ Kakek/Nenek ☐ Cucu ☐ Saudara Kandung ☐ Mertua ☐ Pihak yang ditunjuk dalam wasiat Alamat/ no telp : <table border="1" style="display: inline-table; width: 250px; height: 20px;"></table> Desa/Kel <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 20px;"></table> Kec <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 20px;"></table> Kota/Kab <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 20px;"></table> Kode Pos <table border="1" style="display: inline-table; width: 60px; height: 20px;"></table> No Telp/hp <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 20px;"></table> Nomor Rekening : <table border="1" style="display: inline-table; width: 150px; height: 20px;"></table> Nama Bank : <table border="1" style="display: inline-table; width: 150px; height: 20px;"></table>
11. Keterangan lainnya jika perlu	: <table border="1" style="width: 250px; height: 150px;"></table>

Dengan ini saya menyatakan bahwa data dan keterangan yang saya sampaikan kepada BPJS Ketenagakerjaan dalam rangka pelaporan kasus kecelakaan kerja tahap II adalah benar. Apabila data yang diberikan tidak benar, saya bersedia dikenakan sanksi sesuai peraturan perundangan yang berlaku.

Tembusan:

- Dinas Tenaga Kerja Setempat

Kota/kab : _____

Tanggal : _____

.....(tanda tangan pimpinan dan stempel perusahaan)

Nama : _____

Jabatan : _____



SURAT KETERANGAN DOKTER
KASUS KECELAKAAN KERJA

Formulir
3b KK 3
BPJS Ketenagakerjaan

Dengan ini saya dokter yang memeriksa peserta BPJS Ketenagakerjaan dibawah ini:

Nama dokter : _____

Nama Fasilitas kesehatan/institusi : _____

Alamat Fasilitas kesehatan/institusi : _____

Jabatan/Keahlian : _____

Nomor telepon/hp : _____

Menerangkan dengan sesungguhnya bahwa:

1. Nama Peserta : _____

Nomor Referensi / nomor Peserta : _____

2. Nama Perusahaan *) : _____

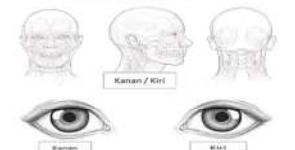
3. Tanggal Kecelakaan : tgl _____ bln _____ thn _____

4. Tanggal pemeriksaan oleh dokter : tgl _____ bln _____ thn _____

5. Berdasarkan anamnesa : _____

6. Berdasarkan pemeriksaan fisik :

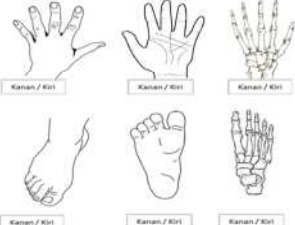
- Bagian **tubuh luar** yang cedera :



Kanan / Kiri



Kanan / Kiri



Kanan / Kiri

☐ Kepala (batok kepala)

☐ Dahi kanan ☐ pipis kanan ☐ Dahi kiri ☐ pipis kiri

☐ Mata kanan ☐ Hidung kanan ☐ Mata kiri ☐ Hidung kiri

☐ Mulut ☐ Gigi ☐ Lidah ☐ DagU

☐ pipi kanan ☐ rahang kanan ☐ pipi kiri ☐ rahang kiri

☐ Telinga kanan ☐ Telinga kiri

☐ Bahu kanan ☐ Dada kanan ☐ Bahu kiri ☐ Dada kiri

☐ Leher ☐ Tenggorokan ☐ jakun

☐ Tulang rusuk kanan ☐ Perut kanan ☐ Tulang rusuk kiri ☐ Perut kiri

☐ PUSar ☐ Pinggul kanan ☐ Pinggul kiri

☐ Penis ☐ Scrotum ☐ Vagina ☐ Klitoris

☐ Telapak kaki kanan ☐ Tumit kanan ☐ Telapak kaki kiri ☐ Tumit kiri

☐ jari kaki kanan ☐ jari kaki kiri

☐ Lengan kanan ☐ siku kanan ☐ Lengan kiri ☐ Siku kiri

☐ Pergelangan tangan kanan ☐ Telapak tangan kanan ☐ Pergelangan tangan kiri ☐ Telapak tangan kiri

☐ Jari tangan kanan pada jari Pada ruas jari

☐ Jari tangan kiri pada jari Pada ruas jari

☐ Paha kanan ☐ Lutut kanan ☐ Paha kiri ☐ Lutut kiri

☐ Betis kanan ☐ Tulang kering kanan ☐ Betis kiri ☐ Betis kiri

☐ Pergelangan kaki kanan ☐ Pergelangan kaki kiri

☐ Jari kaki kanan pada jari Pada ruas jari

☐ jari kaki kiri pada jari Pada ruas jari

☐ Uraian lain-lain

- Bagian organ tubuh bagian dalam yang cedera

:

☐ Ginjal

☐ Esofagus

☐ kandung kemih

☐ Ovarium

☐ Lambung

☐ thymus

☐ Hati

☐ kulit

☐ Limpa

☐ Testis/buah zakar

☐ Usus halus

☐ tiroid

☐ Jantung

☐ paratiroid

☐ mata

☐ Pankreas

☐ usus besar

☐ Arteri

☐ Kandung empedu

☐ pituitari

☐ Otak

☐ paru-paru

☐ rahim

☐ Vena

☐ Uraian Lain-lain

7. Penatalaksanaan atau tindakan medis yang diberikan

:

8. Hasil pemeriksaan/pengobatan

:

☐ Sembuh tanpa cacat

☐ Cacat anatomis akibat kehilangan anggota badan

☐ cacat fungsi pada anggota badan

dengan besarnya cacat fungsi % terbilang (.....

☐ Memerlukan prothesa berupa

☐ Memerlukan orthesa berupa

☐ Meninggal dunia pada tgl

bln

thn

 jam

:

9. Setelah sembuh peserta dapat melakukan pekerjaan

:

☐ Biasa dengan kondisi tertentu berupa

☐ Ringan dengan kondisi tertentu berupa

☐ Tidak dapat bekerja

Terhitung tanggal

: tgl

bln

thn

 s.d. tgl

bln

thn

10. Lamanya perawatan/pengobatan

: dari tgl

bln

thn

 s.d. tgl

bln

thn

11. Diberikan istirahat

: dari tgl

bln

thn

 s.d. tgl

bln

thn

12. Keterangan lainnya jika perlu

:

Dengan ini saya menyatakan bahwa data dan keterangan yang saya sampaikan kepada BPJS Ketenagakerjaan dalam rangka pelaporan surat keterangan dokter kasus kecelakaan kerja adalah benar. Apabila data yang diberikan tidak benar, saya bersedia dikenakan sanksi sesuai peraturan perundangan yang berlaku.

Kota/kab :
Tanggal :

Tembusan:
- Dinas Tenaga Kerja Setempat

.....(tanda tangan dan stempel fasilitas kesehatan)
Nama :

www.peraturan.go.id

	LAMPIRAN TAMBAHAN	Lampiran Tambahan Formulir 3 ; 3a ; 3b BPJS Ketenagakerjaan
Tambahan Keterangan pada Formulir : ☐ Laporan Kasus Kecelakaan Kerja Tahap I (Formulir 3 KK 1) ☐ Laporan Kasus Kecelakaan Kerja Tahap II (Formulir 3a KK 2) ☐ Surat Keterangan Dokter Kasus Kecelakaan Kerja (Formulir 3b KK 3) ☐ Laporan Kasus Penyakit Akibat Kerja Tahap I (Formulir 3 PAK 1) ☐ Laporan Kasus Penyakit Akibat Kerja Tahap II (Formulir 3a PAK 2) ☐ Surat Keterangan Dokter Kasus Penyakit Akibat Kerja (Formulir 3b PAK 3)		
Dengan ini saya menyatakan bahwa data dan keterangan yang saya sampaikan kepada BPJS Ketenagakerjaan adalah benar. Apabila data yang diberikan tidak benar, saya bersedia dikenakan sanksi sesuai peraturan perundangan yang berlaku.		
Tembusan: - Dinas Tenaga Kerja Setempat	Kota/kab : _____ Tanggal : _____	Nama : _____ Jabatan : _____

www.peraturan.go.id

	LAPORAN KASUS PENYAKIT AKIBAT KERJA TAHAP II	Formulir 3a PAK 2 BPJS Ketenagakerjaan
Laporan Kasus Penyakit Akibat Kerja Tahap II Wajib dilaporkan dalam waktu 2 X 24 Jam Sejak pekerja dinyatakan sembuh, cacat, atau meninggal dunia		Formulir ini berfungsi juga sebagai pengajuan pembayaran Jaminan Kecelakaan Kerja
1. Nama Perusahaan *) : Kode Mitra / No. Proyek : *) Diisi khusus Bagi peserta Penerima Upah / Jasa Konstruksi Alamat : Desa/Kel Kec Kota/Kab No telp perusahaan : Nama Kontak personil perusahaan : 2. Nama Peserta : Nomor Referensi / nomor Peserta : Jenis Kelamin : ☐ laki-laki ☐ Perempuan Tanggal Lahir : tgl bln thn Alamat/ no telp : Desa/Kel Kec Kota/Kab Kode Pos No Telp/hp Jenis Pekerjaan/jabatan : Unit / Bidang/ Bagian perusahaan : 3. Tanggal didiagnosa Penyakit Akibat Kerja : tgl bln thn 4. laporan kasus penyakit akibat kerja : ☐ Belum disampaikan Tahap I telah disampaikan kepada BPJS Ketenagakerjaan dan Kantor Dinas Tenaga Kerja ☐ Sudah disampaikan pada tanggal bulan tahun 5. 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 6. Pengajuan Pembiayaan oleh : ☐ Perusahaan ☐ Peserta ☐ Faskes TC ☐ 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 Penerima manfaat pembiayaan : ☐ Perusahaan ☐ Peserta ☐ Faskes TC ☐ Ahli Waris 7. Pengajuan Santunan Sementara Tidak Mampu Bekerja (STMB) : a) Periode tanggal bulan tahun s.d. tanggal bulan tahun b) Jumlah besarnya STMB Rp 8. Uraian keterangan dokter tentang kondisi fisik/mental peserta pasca mengalami penyakit akibat kerja : ☐ Terlampir pada surat keterangan dokter kasus penyakit akibat kerja kerja (formulir 3b PAK 3) ☐ Tidak terlampir		

www.peraturan.go.id



SURAT KETERANGAN DOKTER
KASUS PENYAKIT AKIBAT KERJA

Formulir
3b PAK 3
BPJS Ketenagakerjaan

Dengan ini saya dokter yang memeriksa peserta BPJS Ketenagakerjaan dibawah ini:

Nama dokter : _____

Jabatan/Keahlian : _____

Nama Fasilitas kesehatan/Institusi : _____

Nomor telepon/hp : _____

Alamat Fasilitas kesehatan/Institusi : _____

Menerangkan dengan sesungguhnya bahwa:

1. Nama Peserta : _____

Nomor Referensi / nomor Peserta : _____

2. Nama Perusahaan *) : _____

3. Tanggal diagnosa penyakit akibat kerja : tgl _____ bln _____ thn _____

4. Berdasarkan anamnesa : _____

5. Berdasarkan hasil pemeriksaan fisik dan penunjang diagnostik : _____

6. Penatalaksanaan atau tindakan medis yang diberikan : _____

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

☐ cacat fungsi pada anggota badan
dengan besarnya cacat fungsi % terbilang (.....)

☐ Memerlukan prothesa berupa

☐ Memerlukan orthesa berupa

☐ Meninggal dunia pada tgl _____ bln _____ thn _____ jam _____ : _____

10. Setelah sembuh peserta dapat melakukan pekerjaan :

☐ Biasa dengan kondisi tertentu berupa

☐ Ringan dengan kondisi tertentu berupa

☐ Tidak dapat bekerja

Terhitung tanggal : tgl _____ bln _____ thn _____ s.d. tgl _____ bln _____ thn _____

11. Lamanya perawatan/pengobatan : dari tgl _____ bln _____ thn _____ s.d. tgl _____ bln _____ thn _____

12. Diberikan istirahat : dari tgl _____ bln _____ thn _____ s.d. tgl _____ bln _____ thn _____

13. Keterangan lainnya jika perlu : _____

Dengan ini saya menyatakan bahwa data dan keterangan yang saya sampaikan kepada BPJS Ketenagakerjaan dalam rangka pelaporan surat keterangan dokter kasus penyakit akibat kerja adalah benar. Apabila data yang diberikan tidak benar, saya bersedia dikenakan sanksi sesuai peraturan perundangan yang berlaku.

Tembusan:
- Dinas Tenaga Kerja Setempat

Kota/kab :
Tanggal :

.....(tanda tangan dan stempel fasilitas kesehatan)
Nama :

www.peraturan.go.id

	ASSESSMENT KASUS JAMINAN KECELAKAAN KERJA RTW	3d
---	---	----

Nama : _____

Tanggal lahir : _____ Usia : _____ Tahun _____

Alamat tinggal : _____

Kelurahan _____ Kabupaten / Kecamatan _____

No KTP/ SIM : _____

No Kartu Peserta BPJSTK : _____

Pendidikan ☐ ≤ SLTP ☐ SLTA ☐ Diploma ☐ S1 ☐ ≥ S2

NPP : _____

Perusahaan : _____

Unit Kerja : _____

Jabatan : _____

Alamat Perusahaan : _____

Telp / HP : _____

Upah ☐ < UMP/UMK ☐ UMP /UMK ☐ > UMP / UMK

Kasus ☐ Kecelakaan Kerja ☐ Penyakit Akibat Kerja

Tanggal Kecelakaan : _____

Tanggal laporan tahap I : _____

Lokasi ☐ Dalam ☐ Luar ☐ Lalu lintas

Waktu kejadian ☐ 06.01 - 12.00 ☐ 12.01 - 18.00 ☐ 18.01 - 24.00 ☐ 00.00 - 06.00

Tanggal laporan tahap II : _____

Diagnosa (sesuai KK4) : _____

Riwayat Penyakit : _____

Prognosis : _____

Fasilitas Kesehatan ☐ Klinik TC ☐ RSTC ☐ Non TC

Nama Faskes TC : Klinik / Rumah Sakit _____

STMB : _____ Hari Rp. _____

Bagian tubuh yang terkena :

Kondisi Peserta ☐ Tidak Cacat ☐ Cacat Fungsi ☐ Cacat Anatomis ☐ Gangguan Psikis

Tindakan medis ☐ Operasi ☐ Tanpa Operasi

Rehabilitasi ☐ Fisioterapi ☐ Alat bantu gerak ☐ Pelatihan Kerja

☐ Terapi Psikologi ☐ Lain-lain.....

Dukungan keluarga ☐ Tidak ada ☐ Ada, dari : Istri / Orang tua / Anak / Saudara / Lainnya

DESKRIPSI AWAL	3e
----------------	----

I JOB DESC (Berdasarkan koordinasi dengan perusahaan) sebelum terjadi kecelakaan

- a Deskripsi tugas sehari-hari :
- b Tugas dan Proses kerja :
- c Beban Kerja : ☐ Berat ☐ Sedang ☐ Ringan
- d Lingkungan kerja (kasus PAK) :

☐ debu / asbes ☐ radiasi / suhu / kelembaban yang tinggi

☐ senyawa kimia ☐ radiasi elektro magnetik / mengion

☐ kebisingan ☐ kontaminasi virus / bakteri / parasit

☐ getaran mekanik ☐ lainnya

II URAIAN AWAL PEKERJAAN (Berdasarkan koordinasi dengan Pihak Perusahaan)

A	ASPEK FISIK	Penjelasan
1	Mobilitas	
2	Penginderaan	
3	Penampilan	
4	Keseimbangan	
5	Keterampilan Motorik	
6	Komunikasi	
B	ASPEK MENTAL	Penjelasan
1	Kapasitas mental dan intelektual	
2	Kemampuan menghadapi stres	
C	ASPEK ORGANISASI	Penjelasan
1	Bekerja dalam tim	
2	Melayani publik	
3	Kemampuan Kerja Shift	
D	ASPEK LINGKUNGAN KERJA	Penjelasan
1	Kemampuan bekerja di ketinggian	
2	Kemampuan bekerja di lingkungan tertentu	
E	ASPEK TEMPORAL	Penjelasan
1	Kerja Shift	
2	Kerja Malam	
3	Waktu Istirahat	
F	ASPEK ERGONOMI	Penjelasan
1	Desain Tempat kerja	
2	Sikap selama bekerja	

III STATUS MEDIS (berdasarkan koordinasi dengan dokter perusahaan/dokter yang merawat)

A	KEADAAN UMUM	Penjelasan
1	Kemampuan kerja penuh	
2	Kemampuan kerja shift	
3	Status mental	
4	Status Intelektual	
B	MOBILITAS	Penjelasan
1	Perjalanan ke tempat kerja	
2	Kemampuan penggunaan exit darurat	
3	Kemampuan jalan, naik tangga, membungkuk	
4	Fungsi lokomotor	
5	Fungsi/mobilitas persendian	
5	Kemampuan berdiri/duduk	
7	Keterbatasan	
C	KEKUATAN OTOT	Penjelasan
1	Kelemahan	
2	Tremor	
3	Kemampuan mengangkat beban	
4	Ketrampilan	
5	Keterbatasan	
6	Kemampuan menggenggam, menjepit	
D	KOORDINASI DAN KESEIMBANGAN	Penjelasan
1	Koordinasi tangan - mata	
2	Kemampuan bekerja di tempat tinggi	
3	Kecenderungan vertigo	
E	STATUS KARDIOVASKULER DAN RESPIRASI	Penjelasan
1	Kapasitas fisik, CO2 max - batasan METS	
2	Fungsi paru	
F	STATUS SENSORI NEURAL	Penjelasan
1	Kemungkinan kehilangan kesadaran	
a	episode	
b	faktor pencetus	
2	Komunikasi :	
a	kemampuan komunikasi 2 arah	
b	gangguan bicara	
3	Fungsi serebral	
a	disorientasi	
b	memori	
c	kemampuan intelektual	
4	Penginderaan	

IV Kemampuan melakukan aktivitas sehari-hari (Daily Living Activities)

A	KEADAAN UMUM	Penjelasan
1	Aktivitas sehari-hari seperti : makan, mandi dan buang air (ADL)	
2	Melakukan Hobi (hobbies)	
3	Melakukan pekerjaan rumah (housework)	
4	Ativitas sosial / (social activities)	
5	Kemampuan menyetir /naik kendaraan	
6	Kesehatan umum - pertambahan berat badan, kesehatan, tidur (general health-weight gain, fitness sleeping)	
7	Aktivitas seks (sexual life)	
B	KONSIDI KEJIWAAN	Penjelasan
1	Kesabaran (tolerances)	
2	Konsentrasi (Concentration)	
3	Tingkat percaya diri (confidence)	
4	Kemampuan manajemen masalah (coping strategies)	
5	Kemampuan mengendalikan marah	

G STATUS KECACATAN

Impairment, disability dan atau handicap : _____

Deskripsi masing-masing :

- ☐ Kemungkinan membahayakan diri sendiri, rekan kerja atau lingkungan
- ☐ Toleransi pihak atasan maupun rekan kerja
- ☐ Status Kelaikan Kerja
- ☐ Melakukan pekerjaan semula
- ☐ Melakukan pekerjaan semula, tetapi efektivitas menurun
- ☐ Mampu melakukan pekerjaan, dapat mempengaruhi kondisi medis
- ☐ Mampu melakukan pekerjaan, tetapi berisiko bagi pekerja, pekerja lain atau komunitas
- ☐ Tidak mampu secara fisik/mental melakukan pekerjaan untuk sementara waktu
- ☐ Lain-lain : _____

Referensi untuk tenaga kerja :

.....
.....

Referensi untuk Perusahaan :

.....
.....

Keterangan :

.....
.....
.....

	PERENCANAAN PROGRAM REHABILITASI	3f
---	----------------------------------	----

Nama : _____

Nomor KP BPJS : _____

Nomor Rekam Medis : _____

Tanggal Pemeriksaan Pertama : _____

Diagnosa : _____

Tujuan / Sasaran : _____

Hambatan	Strategi Penyelesaian	Perkiraan Tanggal Mulai Rehabilitasi	Perkiraan Tanggal Selesai Rehabilitasi	Estimasi Biaya (Rp)

Tenaga Kerja bersedia membuat pernyataan ☐ Ya ☐ Tidak (terlampir)

Keputusan : ☐ Layak untuk dilakukan program Return to Work ☐ Tidak layak dilakukan Program Return to Work

KETERANGAN

..... - 20....

(_____)
Dokter / Tenaga Medis

	PERNYATAAN PESERTA MENGIKUTI PROGRAM RTW	3g		
Yang bertandatangan di bawah ini Nama : Nomor KTP : Alamat : No Kartu Peserta : Perusahaan : Diagnosa : Tanggal kejadian kecelakaan : Sehubungan kasus kecelakaan kerja/penyakit akibat kerja yang saya alami, bersama ini saya menyatakan; ☐ Bersedia mengikuti Program Return to Work BPJS Ketenagakerjaan dan mematuhi segala ketentuan. sampai selesai ☐ Tidak bersedia mengikuti Program Return to Work Demikian pernyataan adalah benar dan ditandatangani dalam keadaan sadar tanpa ada paksaan dari pihak manapun untuk dipergunakan sebagaimana mestinya (tempat),(tanggal) <table><tr><td>..... Nama Pekerja</td><td>..... Manajemen Perusahaan</td></tr></table> Alamat surat menyurat: No Telepon :			 Nama Pekerja	 Manajemen Perusahaan
..... Nama Pekerja	 Manajemen Perusahaan			

	PERNYATAAN PERUSAHAAN MENGIKUTI PROGRAM RTW	3h
Yang bertandatangan di bawah ini Nama : Nomor KTP : Jabatan : Perusahaan : Nomor Pendaftaran Perusahaan (NPP) : Alamat perusahaan : Sehubungan kasus kecelakaan kerja/penyakit akibat kerja yang dialami tenaga kerja di perusahaan kami berikut ini: Nama : Nomor KTP : Alamat : Diagnosa : Tanggal kejadian kecelakaan : Bersama ini, perusahaan kami menyatakan : ☐ Bersedia mendukung dan memfasilitasi pelaksanaan Program Return To Work bagi tenaga kerja dimaksud dan memperkerjakan kembali tenaga kerja tersebut diatas sesuai dengan kapasitasnya berdasarkan hasil rekomendasi Program <i>Return To Work</i> yang telah diikuti. ☐ Tidak bersedia mendukung dan memfasilitasi pelaksanaan Program Return To Work bagi tenaga kerja dimaksud Demikian pernyataan adalah benar dan ditandatangani dalam keadaan sadar tanpa ada paksaan dari pihak manapun untuk dipergunakan sebagaimana mestinya (tempat), .....(tanggal) (Nama) (jabatan) Alamat surat menyurat: No Telepon :		

JOB PLACEMENT	3i
---------------	----

I JOB DESC (Berdasarkan koordinasi dengan perusahaan, untuk pekerjaan pasca JKK)

- a Deskripsi tugas sehari-hari :
- b Tugas dan Proses kerja :
- c Beban Kerja : ☐ Berat ☐ Sedang ☐ Ringan
- d Lingkungan kerja (kasus PAK) :

☐ debu / asbes ☐ radiasi / suhu / kelembaban yang tinggi

☐ senyawa kimia ☐ radiasi elektro magnetik / mengion

☐ kebisingan ☐ kontaminasi virus / bakteri / parasit

☐ getaran mekanik ☐ lainnya

II JOB DEMAND (Berdasarkan koordinasi dengan Pihak Perusahaan)

A	ASPEK FISIK	Penjelasan
1	Mobilitas	
2	Penginderaan	
3	Penampilan	
4	Keseimbangan	
5	Keterampilan Motorik	
6	Komunikasi	
B	ASPEK MENTAL	
1	Kapasitas mental dan intelektual	
2	Kemampuan menghadapi stres	
C	ASPEK ORGANISASI	
1	Bekerja dalam tim	
2	Melayani publik	
3	Kemampuan Kerja Shift	
D	ASPEK LINGKUNGAN KERJA	
1	Kemampuan bekerja di ketinggian	
2	Kemampuan bekerja di lingkungan tertentu	
E	ASPEK TEMPORAL	
1	Kerja Shift	
2	Kerja Malam	
3	Waktu Istirahat	
F	ASPEK ERGONOMI	
1	Desain Tempat kerja	
2	Sikap selama bekerja	

A	KEADAAN UMUM	Penjelasan
1	Kemampuan kerja penuh	
2	Kemampuan kerja shift	
3	Status mental	
4	Status Intelektual	
B	MOBILITAS	
1	Perjalanan ke tempat kerja	
2	Kemampuan penggunaan exit darurat	
3	Kemampuan jalan, naik tangga, membungkuk	
4	Fungsi lokomotor	
5	Fungsi/mobilitas persendian	
5	Kemampuan berdiri/duduk	
7	Keterbatasan	
C	KEKUATAN OTOT	
1	Kelemahan	
2	Tremor	
3	Kemampuan mengangkat beban	
4	Ketampilan	
5	Keterbatasan	
6	Kemampuan menggenggam, menjepit	
D	KOORDINASI DAN KESEIMBANGAN	
1	Koordinasi tangan - mata	
2	Kemampuan bekerja di tempat tinggi	
3	Kecenderungan vertigo	
E	STATUS KARDIOVASKULER DAN RESPIRASI	
1	Kapasitas fisik, CO ₂ max - batasan MET S	
2	Fungsi paru	
F	STATUS SENSORI NEURAL	
1	Kemungkinan kehilangan kesadaran	
a	episode	
b	faktor pencetus	
2	Komunikasi :	
a	kemampuan komunikasi 2 arah	
b	gangguan bicara	
3	Fungsi serebral	
a	disorientasi	
b	memori	
c	kemampuan intelektual	
4	Penginderaan	

Analisa terhadap Evaluasi Kapasitas Fungsional Pekerja

Persentase cacat : % setelah dilakukan rehabilitasi medis

Hirarki RTW :

- ☐ Kembali ke pekerjaan yang sama di perusahaan yang sama
- ☐ Kembali ke pekerjaan yang serupa disesuaikan kemampuan peserta di perusahaan yang sama
- ☐ Kembali ke pekerjaan yang berbeda di perusahaan yang sama
- ☐ Kembali ke pekerjaan yang sama di perusahaan yang berbeda
- ☐ Kembali ke pekerjaan yang serupa disesuaikan kemampuan peserta di perusahaan yang berbeda
- ☐ Kembali ke pekerjaan yang berbeda di perusahaan yang berbeda
- ☐ Wiraswasta / Bekerja mandiri

Nilai Klaim Jaminan JKK

- 1 Biaya transport

= Rp.
- 2 Santunan Tidak Mampu bekerja : Hari

= Rp.
- 3 Biaya Pengobatan

= Rp.
- a. Biaya Perawatan Hari

= Rp.
- b. Jasa Dokter / Medis

= Rp.
- c. Tindakan

= Rp.
- c. Obat-obatan

= Rp.
- d. Laboratorium

= Rp.
- e. Radiologi

= Rp.
- 4 Biaya Othose / Prothesa

= Rp.
- 5 Rehabilitasi medis

= Rp.
- 6 Alat Kesehatan (Implan, Plate, Screw, Pen, Dll)

= Rp.
- 7 Santunan cacat

= Rp.
- 8 Biaya Vocational Training / BLK

= Rp.
- 9 Biaya RTW

= Rp.
- Total

= Rp.

Kesimpulan :

Referensi untuk perusahaan :

Keterangan :



Formulir
BPJS
Ketenagakerjaan
5

PENGAJUAN PEMBAYARAN JAMINAN HARI TUA

A. Yang bertanda tangan di bawah ini

1. Nama :
2. Alamat :
3. Nomor Telp / HP :
4. Hubungan dengan tenaga kerja
- ☐ tenaga kerja
- ☐ istri / suami tenaga kerja
- ☐ anak tenaga kerja
- ☐ orang tua tenaga kerja
- ☐ ahli waris lainnya :
5. Data tenaga kerja
- a. Nama :
- b. Nomor Peserta :
- c. Tempat / Tanggal lahir :
- d. Nama ibu kandung :
- e. Nama dan alamat perusahaan terakhir bekerja :
- f. Alamat Email :
- g. Upah terakhir * : Rp
- h. Mulai bekerja :

B. Dengan ini mengajukan permintaan Jaminan Hari Tua karena:

✓	KRITERIA KLAIM	DOKUMEN PENDUKUNG
☐	Mencapai usia 56 tahun	1, 2, 3, 5
☐	Meninggalkan wilayah RI (bagi WNA)	1, 2, 10
☐	Meninggalkan wilayah RI (bagi WNI)	1, 2, 5, 11
☐	Cacat total tetap	1, 2, 3, 12, 13
☐	Meninggal dunia	1, 2, 3, 15, 16, 17
☐	Kepesertaan 10 tahun, Pengambilan Sebagian maks 10%	1, 2, 3, 4
☐	Kepesertaan 10 tahun, Pengambilan Sebagian maks 30% (Perumahan)	1, 2, 3, 4, 14
☐	Mengundurkan diri sebelum usia pensiun	1, 2, 3, 5, 6
☐	Pemutusan Hubungan Kerja	1, 2, 3, 7 / 8-9

C. Dokumen pendukung :

No	Nama Dokumen Pendukung	✓
1	Kartu Peserta BPJS TK Asli (Kecuali kriteria kepesertaan 10 tahun)	☐
2	Fotocopy KTP atau Paspor Peserta dengan menunjukkan yang asli	☐
3	Fotocopy Kartu Keluarga dengan menunjukkan yang asli	☐
4	Surat keterangan aktif bekerja	☐
5	Fotocopy keterangan berhenti bekerja dari perusahaan	☐
6	Surat keterangan pengunduran diri dari perusahaan ke Dinas Ketenagakerjaan	☐
7	Penetapan PHK dari PHI	☐

No	Nama Dokumen Pendukung	✓
8	Fotokopi Perjanjian Bersama	
9	Bukti pendaftaran Perjanjian Bersama ke PHI	
10	Fotocopy keterangan habis kontrak atau mutasi dan pernyataan tidak bekerja lagi	
11	Fotocopy visa dengan menunjukkan yang asli	
12	Keterangan cacat total tetap dari dokter	
13	Keterangan tidak mampu bekerja karena cacat	
14	Dokumen Perumahan	
15	Fotocopy KTP atau Paspor ahli waris dengan menunjukkan yang asli	
16	Surat Kematian Asli atau legalisir	
17	Surat Keterangan Ahli Waris	
18	Fotocopy Buku Rekening (untuk pembayaran transfer)	

D. Nominal saldo yang diajukan untuk pengambilan sebagian : Rp. / %

E. Metode pembayaran yang dikehendaki :

- ☐ Tunai
- ☐ Transfer
- ☐ Cashless
- Nama Bank :
- No Rekening :

Demikian keterangan tersebut diatas saya buat dengan sebenarnya, jika di kemudian hari ternyata terdapat hal-hal yang tidak benar, saya wajib mengembalikan semua uang yang saya terima dari hak tersebut diatas serta bersedia dituntut di pengadilan.

Nama :

*dili upah terakhir yang dipakai sebagai dasar pembayaran iuran program BPJS Ketenagakerjaan



Formulir
BPJS
Ketenagakerjaan
4

PENGAJUAN PEMBAYARAN JAMINAN KEMATIAN DAN JAMINAN HARI TUA

A. Yang bertanda tangan di bawah ini

1. Nama

:

2. Alamat

:

3. Nomor Telp / HP

:

4. Hubungan dengan tenaga kerja

:

☐ istri / suami tenaga kerja

☐ orang tua tenaga kerja

☐ anak tenaga kerja

☐ yang mengurus pemakaman

☐ Ahli waris lainnya, sebutkan

5. Data tenaga kerja

a. Nama

:

b. Nomor Peserta

:

c. Tempat / Tanggal lahir

:

d. Nama ibu kandung

:

e. Nama dan alamat perusahaan terakhir bekerja

:

f. Upah terakhir *

:

Rp

B. Permintaan manfaat program :

☒

Permintaan Manfaat Program

☐ Jaminan Kematian dan Jaminan Hari Tua

1, 2, 3, 4, 5

☐ Jaminan Kematian, Beasiswa dan Jaminan Hari Tua

1, 2, 3, 4, 5, 6

☐ Jaminan Kematian, Beasiswa

2, 4, 5, 6

☐ Jaminan Kematian

2, 4, 5

☐ Biaya Pemakaman

4, 7

C. Dokumen pendukung :

☒ Daftar Dokumen Pendukung

☐ 1. Kartu Peserta BPJS TK Asli

☐ 2. Fotocopy KTP / PASPOR dan Kartu Keluarga tenaga kerja dan ahli waris yang masih berlaku

☐ 3. Fotocopy Surat keterangan berhenti bekerja dari perusahaan atau Penetapan Pengadilan Hubungan Industrial

☐ 4. Surat keterangan kematian dari pejabat yang berwenang

☐ 5. Surat keterangan ahli waris dari pejabat yang berwenang

☐ 6. Surat Keterangan masih menempuh pendidikan dari instansi yang berwenang

☐ 7. Fotocopy KTP / PASPOR pengurus pemakaman

D. Berkenaan dengan meninggalnya Tenaga Kerja tersebut dikarenakan :

☐ Sakit

☐ Kecelakaan di luar hubungan kerja pada hari/tanggal :

E. Metode pembayaran yang dikehendaki :

☐ Tunai

☐ Transfer

☐ Cashless

- Nama Bank :

- No Rekening :

Demikian keterangan tersebut diatas saya buat dengan sebenarnya, jika di kemudian hari ternyata terdapat hal-hal yang tidak benar, saya wajib mengembalikan semua uang yang saya terima dari hak tersebut diatas serta bersedia dituntut di pengadilan.

Mengetahui Pimpinan Perusahaan

.....

Nama :

Nama :

* diisi upah terakhir yang dipakai sebagai dasar pembayaran iuran program BPJS Ketenagakerjaan

www.peraturan.go.id



Formulir
BPJS
Ketenagakerjaan
7a

PERNYATAAN DATA PESERTA DAN SUSUNAN KELUARGA

(sebelum menerima manfaat pensiun)

Saya yang bertandatangan dibawah ini :

1. Nama	:	.....
2. NIK	:	.....
3. Nomor Peserta	:	.....
4. Tempat dan tanggal lahir	:	, ... / ... / Jenis Kelamin : L / P
5. Nama Ibu Kandung	:	.....
7. Alamat	:	.....
RT/RW	:	/..... Desa/Kel :
Kecamatan	:	 Kab/Kota : Kode Pos
8. No telp/HP.	:	.....
9. Alamat Email	:	.....
10. Nama Perusahaan	:	.....
11. Jatuh tempo pensiun	:	.....

Data Susunan keluarga .

No	Hubungan	Nama Lengkap	NIK	Tanggal Lahir	Status (Menikah / tidak)	Pekerjaan
1	Suami / Istri					
2	Anak					
3	Anak					
4	Orang Tua (Bapak)					
5	Orang Tua (Ibu)					

Saya menyatakan bahwa :

- ☐ Data peserta dan susunan keluarga merupakan data yang benar.
- ☐ Data peserta dan susunan keluarga tidak benar dan terlampir pemutakhiran penerima manfaat Pensiun
- ☐ Menunda pembayaran manfaat pensiun Hari Tua karena masih bekerja.

.....(kota/kab)....., ...(tgl/bln/thn).....
Yang Mengajukan,

Tanda tangan

(.....Nama Lengkap.....)

Disclaimer :

- **Wajib** dikembalikan kepada BPJS Ketenagakerjaan paling lambat 1 bulan sebelum manfaat pensiun.
- Tidak dapat dilakukan perubahan penerima manfaat pensiun setelah manfaat pensiun dibayarkan.
- Bila tidak dikembalikan maka data yang dianggap sah adalah data yang tercatat di BPJS Ketenagakerjaan, dan kepesertaan pensiun dianggap berhenti di usia pensiun



Formulir
BPJS
Ketenagakerjaan
7

PENGAJUAN PEMBAYARAN JAMINAN PENSIUN

Bersama ini saya mengajukan pembayaran Jaminan Pensiun dengan data sebagai berikut :

A. Data Pemohon Jaminan Pensiun :

1. Nama

:

2. NIK

:

3. Tempat dan tanggal lahir

:

Jenis Kelamin : L / P

4. Hubungan dengan peserta

:

☐ Diri sendiri

☐ istri / suami

☐ anak

☐ orang tua

5. Alamat domisili

:

RT/RW :

/.....

Desa/Kel :

Kecamatan :

Kab/Kota :

kode pos:.....

6. Alamat korespondensi

:

7. No telp/HP.

:

8. Alamat email

:

B. Data Tenaga Kerja :

1. Nama

:

2. NIK

:

3. Nomor Peserta

:

4. Tempat dan tanggal lahir

:

Jenis Kelamin : L / P

5. Nama Ibu Kandung

:

7. Alamat

:

RT/RW :

/.....

Desa/Kel :

Kecamatan :

Kab/Kota :

8. No telp/HP.

:

9. Nama Perusahaan

:

C. Data keluarga Tenaga Kerja.

No	Hubungan	Nama Lengkap	NIK	Tanggal Lahir	Status (Menikah / tidak)	Pekerjaan
1	Suami / Istri					
2	Anak					
3	Anak					
4	Orang Tua (Bapak)					
5	Orang Tua (Ibu)					

Disclaimer :
Data yang diisi pada kolom C sebagai dasar penerima manfaat Jaminan Pensiun (sesuai manfaat pensiun yang berhak diterima). Tidak dapat dilakukan perubahan daftar penerima manfaat setelah manfaat pensiun dibayarkan.



D. Manfaat jaminan Pensiun :

- | | |
|---|--|
| ☐ Manfaat Pensiun Hari Tua | ☐ Manfaat Pensiun Cacat |
| ☐ Manfaat Pensiun Janda / Duda | ☐ Manfaat Pensiun Anak |
| ☐ Manfaat Pensiun Orang Tua | ☐ Manfaat Lump Sum |

E. Cara Pembayaran :

Pembayaran Manfaat jaminan Pensiun agar dibayarkan oleh BPJS Ketenagakerjaan melalui :	
Bank :	Cabang:
Nama Rekening :	No Rekening :

Demikian keterangan tersebut saya berikan dengan sebenarnya. Apabila keterangan yang saya berikan tidak benar, saya bersedia mengganti kerugian BPJS Ketenagakerjaan dan dituntut sesuai peraturan perundangan yang berlaku.

.....(kota/kab)....., ...(tgl/bln/thn).... Yang Mengajukan, Tanda tangan (.....Nama Lengkap.....)
--

Lembar Tanda Terima Kantor Cabang:

Diterima oleh:

Kantor Cabang : BPJS Ketenagakerjaan

Nama Petugas :

Tanggal :

Keterangan : ☐ Berkas lengkap sesuai pengajuan Manfaat Jaminan Pensiun (Lampiran)
☐ Berkas tidak lengkap sesuai pengajuan Manfaat Jaminan Pensiun (Lampiran)
Kekurangan persyaratan : 1.
2.
3.

Pada tanggal :

Paraf petugas :



Formulir
BPJS
Ketenagakerjaan
7b

PERUBAHAN INFORMASI PENERIMA MANFAAT PENSUN DAN DATA KELUARGA
(setelah menerima manfaat pensiun)

Bersama ini saya mengajukan Perubahan Data Penerima Manfaat Pensiun dan data Keluarga :

A. Data Penerima Jaminan Pensiun :

1. Nama :

2. NIK :

3. Tempat dan tanggal lahir :, ... / ... / Jenis Kelamin : L / P

4. Alamat :

RT/RW :/..... Desa/Kel :

Kecamatan : Kab/Kota :

5. No telp/HP. :

6. Hubungan dengan peserta : ☐ Diri sendiri

☐ istri / suami

☐ anak

☐ orang tua

B. Perubahan Data untuk :

1. Nama :

2. NIK :

3. Tempat dan tanggal lahir :, ... / ... / Jenis Kelamin : L / P

No	Jenis Perubahan (isi sesuai jenis perubahan)	Data setelah perubahan
1	Nama lengkap	
2	Alamat	
3	Warga negara	
4	No telp	
5	Status perkawinan	
6	Status pekerjaan	
7	Status kematian	
8	Alamat email	
9	Lainnya :	

Demikian keterangan tersebut saya berikan dengan sebenarnya. Apabila keterangan yang saya berikan tidak benar, saya bersedia mengganti kerugian BPJS Ketenagakerjaan dan dituntut sesuai peraturan perundangan yang berlaku.

.....(kota/kab)....., ...(tgl/bln/thn).....

Yang Mengajukan,

Tanda tangan

(.....Nama Lengkap.....)

Ditetapkan di Jakarta
pada tanggal 29 Juli 2015

DIREKTUR UTAMA
BADAN PENYELENGGARA JAMINAN SOSIAL
KETENAGAKERJAAN,

ELVYN G. MASASSYA

www.peraturan.go.id