



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,

- Menimbang : a. bahwa 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 belum memenuhi kebutuhan seiring dengan perkembangan kemajuan teknologi guna meningkatkan pelayanan dan 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);
 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 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
 - b. 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; dan
 - 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 dimaksud 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:
 - 1. 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

- (1) 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
 - b. 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

Salinan/sesuai dengan aslinya

Deputi 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

Salinan/sesuai dengan aslinya
Deputi 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



The image shows a sample form for a BPJS Ketenagakerjaan membership certificate. The form is titled "SERTIFIKAT KEPESERTAAN" and features the BPJS Ketenagakerjaan logo in the top left corner. It contains several fields for personal and employment information, a section for the date and location of issuance, and a signature line for the Director General. A box for the safety code is located in the bottom left corner.

BPJS Ketenagakerjaan **SERTIFIKAT KEPESERTAAN**

Nama Pemberi Kerja :
Nomor Pendaftaran Pemberi Kerja :
Alamat :
Program yang diikuti :
Mulai Kepesertaan :

Telah terdaftar sebagai peserta BPJS Ketenagakerjaan sesuai dengan ketentuan dalam Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011

ditetapkan di :
pada tanggal :
BPJS Ketenagakerjaan
DIREKSI

NAMA DIREKTUR UTAMA
DIREKTUR UTAMA

kode
keamanan

II. SERTIFIKAT BAGI PEMBERI KERJA JASA KONTRUKSI

BPJS Ketenagakerjaan SERTIFIKAT KEPESERTAAN

Nama Proyek Jasa Konstruksi :
Pemilik Proyek Jasa Konstruksi :
Alamat Proyek Jasa Konstruksi :

Nama Pemberi Kerja Jasa Konstruksi :
Nomor Pendaftaran Pemberi Kerja :
Alamat Pemberi Kerja Jasa Konstruksi :

Telah terdaftar sebagai peserta BPJS Ketenagakerjaan sesuai dengan ketentuan dalam Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011

ditetapkan di :
pada tanggal :
BPJS Ketenagakerjaan
DIREKSI

kode
keamanan

NAMA DIREKTUR UTAMA
DIREKTUR UTAMA

DIREKTUR UTAMA
BADAN PENYELENGGARA JAMINAN SOSIAL
KETENAGAKERJAAN,

ttd

AGUS SUSANTO

Salinan 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



PENDAFTARAN PEMBERI KERJA

Formulir 1
BPJS Ketenagakerjaan

Pendaftaran Baru Perubahan Data

BAGIAN I: IDENTITAS PEMBERI KERJA

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
 Nomor Ijin Usaha : _____
 Jenis Usaha Utama : _____
 (sesuai yang tercantum dalam surat izin usaha)
 NPWP Badan* : _____
 Status Pemberi Kerja* : Pusat Daerah Cabang Anak Perusahaan Cabang Anak Perusahaan
 (Pilih salah satu)
 Jumlah Aset* : > Rp. 10.000.000.000,- Jumlah Omset per tahun : Rp. _____
 > Rp. 500.000.000,- s/d Rp. 10.000.000.000,-
 > Rp. 50.000.000,- s/d Rp. 500.000.000,-
 < Rp. 50.000.000,-

KOLOM BPJS Ketenagakerjaan

Kode ILO: _____
 Skala Usaha :
 Besar Menengah
 Kecil Mikro

BAGIAN II: DATA KANTOR P (diisi 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 DAPAT DIHUBUNGI

Nama Lengkap* : _____
 Jabatan* : _____
 No. Telepon/HP* : _____ Ext: _____ / _____
 Alamat email : _____

BAGIAN IV: KEPESERTAAN PROGRAM

Program yang diikuti* : Jaminan Kecelakaan Kerja Jaminan Kecelakaan Kerja Jaminan Kecelakaan Kerja
 Jaminan Hari Tua Jaminan Hari Tua Jaminan Hari Tua
 Jaminan Kematian Jaminan Kematian Jaminan Kematian
 Jaminan Pensiun
 Menjadi peserta sejak* : _____
 bulan tahun
 Jumlah seluruh pekerja* : _____ Orang
 Total upah sebulan (Rp) : Rp. _____

Pendaftaran ini dibuat berdasarkan data yang sebenarnya, serta selanjutnya dibuat untuk memenuhi kewajiban sebagaimana ditentukan dalam Undang-Undang No.24 tahun 2011

* Wajib diisi

_____ 20__

(Nama dan Tanda Tangan Pimpinan/Kepala)
Jabatan :

Keterangan

- Formulir 1 BPJS Ketenagakerjaan wajib diisi dan diserahkan kepada BPJS Ketenagakerjaan, dengan melampirkan :
 1. Formulir 1a BPJS Ketenagakerjaan Pendaftaran / Perubahan Data Pekerja
 2. Formulir 2 BPJS Ketenagakerjaan Rincian Iuran Pekerja
 3. Fotocopy Surat Izin Usaha
 4. Fotocopy NPWP
- Tanda tangan tidak diwajibkan untuk pendaftaran secara elektronik/digital

Diterima oleh :
tgl :

Diperiksa oleh :
tgl :

Diproses oleh :
tgl :



PENDAFTARAN ATAU PERUBAHAN DATA PEKERJA

Formulir 1A
BPJS Ketenagakerjaan

1 Penerima Upah | Pendaftaran Baru | Terhitung Sejak :
 2 Bukan Penerima Upah | Perubahan Data | bin Tahun

BAGIAN I : IDENTITAS DATA TENAGA KERJA

Nama Badan Usaha/Instansi/Asosiasi/Wadah/Mitra (sesuai tempat bekerja sekarang) : _____

Nomor Pendaftaran Pemberi Kerja (NPP)/Wadah/Mitra : _____ Nama Unit Kerja / Kesatuan : _____ Kode Unit Kerja : _____

Nomor Induk Pegawai / Karyawan : _____ Lokasi Kerja (Kabupaten/Kota) : _____

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) : _____ Masa Berlaku Paspor : tgl. bln Tahun

Kewarganegaraan : _____

Nama Lengkap Pekerja* : _____

Tempat/Tgl Lahir* : _____ tgl. bln Tahun

Jenis Kelamin* : Laki - laki Perempuan

Nama Ibu Kandung Pekerja* : _____

Alamat Lengkap Pekerja (sesuai Domisili) : _____

Kode Pos* Kabupaten/Kota* Provinsi

No Telephone / HP* : _____

Alamat Email : _____

Nomor Pokok Wajib Pajak (NPWP) : _____

Jenis Pekerjaan** : 1 _____ 2 _____

Lokasi Pekerjaan** : _____

Penghasilan Sebulan** : Rp. _____

Pilihan Program** : JKK dan JKM JKK, JKM dan JHT

BAGIAN II : SUSUNAN ANGGOTA KELUARGA/ SUSUNAN AHLI WARIS

No Urut	Hubungan Keluarga	NIK (Nomor Induk Kependudukan)	Nama Anggota Keluarga (Seperti yang tercantum dalam Kartu Keluarga)	Tgl Lahir (tg/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 :

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

Tanda tangan tidak diwajibkan untuk pendaftaran secara elektronik/digital

* Wajib diisi untuk Penerima Upah dan Bukan Penerima Upah

** Wajib untuk Bukan Penerima Upah

Tanggal :

Nama :

Jabatan :



DAFTAR PEKERJA KELUAR

Formulir 1B
BPJS Ketenagakerjaan

 Terhitung Sejak :
bln *Tahun*

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

Catatan :
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 diwajibkan untuk pelaporan secara elektronik /digital

Tanggal : _____

Jabatan : _____



LAPORAN RINCIAN IURAN PEKERJA

Formulir 2
BPJS Ketenagakerjaan

NPP

Nama Pemberi Kerja/Wadah/Mitra:

Nama Unit Kerja / Kesatuan

Periode Laporan

_____|_____|
bulan tahun

No	Nomor Peserta	Nomor Induk Kependudukan (N I K) / Paspor (bagi TK Asing)	Nama Pekerja	Tanggal Lahir	Upah (Rp.)	Rapel (Rp.)	Total (Upah + Rapel) (Rp)	Iuran JKK (Rp.) (.....%)**	Iuran JKM (Rp.) (0.3%)	Iuran JHT (Rp.)		Iuran JP (Rp.)		Jumlah Iuran (Rp.)
										Pemberi kerja (3.7%)	Pekerja (2%)	Pemberi kerja (2%)	Pekerja (1%)	
a	b	c	d	e	f	g	h = f + g	i	j	k	l	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 Kekurangan atau Kelebihan iuran untuk Bulan atau Tahun sebelumnya									
					Denda									

Keterangan

*) Isian formulir ini dapat disampaikan kepada BPJS Ketenagakerjaan dalam bentuk media elektronik (soft copy) 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

**) Disisi sesuai dengan tingkat risiko lingkungan kerja.

Tanda tangan tidak diwajibkan untuk pelaporan secara elektronik/digital



DAFTAR HARGA SATUAN UPAH PEKERJA

Formulir 1a
Jasa Konstruksi
BPJS Ketenagakerjaan

Nama Proyek : _____
Nama Pemberi Kerja/Pelaksana Proyek : _____
Nomor Penetapan : _____

No.	Nama Pekerjaan	Upah Per-Hari	Jumlah Pekerja
1.	Keamanan		
2.	Pembantu Pekerja		
3.	Pekerja		
4.	Kepala Pekerja		
5.	Pembantu Tukang		
6.	Tukang Batu		
7.	Tukang Kayu		
8.	Tukang Besi		
9.	Kepala Tukang		
10.	Mandor		
11.	Kepala Mandor		
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		
Total			

BPJS KETENAGAKERJAAN

Pemberi Kerja/Pelaksana Proyek

Nama :
Jabatan :

Nama :
Jabatan :

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



Formulir PMI
BPJS Ketenagakerjaan

PENDAFTARAN ATAU PERUBAHAN PEKERJA MIGRAN INDONESIA

Pendaftaran Baru
Pendaftaran Lanjutan

BAGIAN I : IDENTITAS DATA CPMI/PMI

Nomor Induk Kependudukan (NIK)* : Nomor ID PMI :

Nomor Paspor : Masa Berlaku Paspor : tgl bln tahun

Nama Lengkap Pekerja* :

Tempat/Tgl Lahir* : tgl bln tahun

Jenis Kelamin* : Laki - laki Perempuan

Nama Ibu Kandung Pekerja* :

Alamat Lengkap Pekerja :

Kode Pos* Kabupaten/Kota* Provinsi

No Telephone / HP :

Alamat Email :

Masa Kontrak Kerja : tgl bulan Tahun sd tgl bulan Tahun Negara Penempatan

Jenis Pekerjaan : Pekerja Formal Pekerja Informal Lainnya

Nama Pemberi Kerja / No Telepon : /

Alamat Pemberi Kerja :

Nama Pelaksana Penempatan / No Telepon : /

Alamat Pelaksana Penempatan :

Apakah sudah menjadi peserta BPJS Ketenagakerjaan? Belum Sudah Apabila BELUM, Program apa yang akan diikuti : JKK/JKM JKK/JKM/JHT

Bila sudah, mohon lengkapi Nomor Peserta BPJS Ketenagakerjaan :

BAGIAN II : SUSUNAN ANGGOTA KELUARGA/ SUSUNAN AHLI WARIS

No Urut	Nama Anggota Keluarga (Seperti yang tercantum dalam Kartu Keluarga)	Tgl Lahir (tgl/bln/tahun)	Jenis Kelamin (L/P)	Hubungan Keluarga	No Handphone	Keterangan
1						
2						
3						
4						

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

Tanggal :

Nama :

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 :

Uraian kejadian kecelakaan lebih lengkap dapat ditambahkan di lampiran tersendiri

7. Akibat yang diderita korban :

Cedera/ Luka Meninggal

Sebutkan bagian tubuh yang luka :

8. Fasilitas kesehatan (faskes) yang memberikan pertolongan pertama :

Nama Faskes : _____
Jenis Faskes : PLKK (Rumah Sakit) PLKK (Klinik)
 Bukan PLKK
Alamat Faskes : _____

9. Keadaan penderita setelah pemeriksaan pertama :

rawat jalan rawat inap

10. Keterangan lainnya jika perlu :

11. Persyaratan yang diperlukan (diisi oleh Petugas BPJS Ketenagakerjaan) :

- Fotokopi kartu peserta BPJS Ketenagakerjaan
- Fotokopi Kartu Tanda Penduduk (KTP) bagi WNI/ Paspor bagi WNA
- Formulir Pendaftaran Proyek Jasa Konstruksi dan bukti pembayaran iuran terakhir (Khusus untuk Jasa Konstruksi)
- Dokumen pendukung lain apabila diperlukan (absensi, surat ket. kepolisian, surat perintah tugas, kontrak kerja, SPK dan lain sebagainya)

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 :

Keterangan *) :

Tanda tangan pimpinan dan stempel pemberi kerja bagi Peserta PU dan Jakon
Tanda tangan wadah penanggung jawab atau keluarga bagi Peserta BPU
Tanda tangan dan stempel Pelaksana Penempatan bagi Peserta PMI

.....*)
Nama :
Jabatan :



Segmen Kepesertaan : Penerima Upah Bukan Penerima Upah Jasa Konstruksi Pekerja Migran Indonesia

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. Data Pemberi Kerja/ Wadah/ Mitra/ Pelaksana 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

: 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

: 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

Sesuai dengan jumlah hari perawatan dan atau surat keterangan istirahat dokter

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 KK3 atau KK3 PAK ditetapkan terlampir

: Pada tanggal peserta ditetapkan

tanggal bulan tahun

Sembuh

Cacat total tetap untuk selamanya

Cacat sebagian anatomis

Cacat sebagian fungsi

Meninggal dunia

Kasus Kambuh

9. Penerima manfaat santunan (ahli waris) :	
Nama Ahli Waris	: <input type="text"/>
Nomor Identitas Kependudukan	: <input type="text"/>
Hubungan ahli waris dengan peserta	: <input type="checkbox"/> janda/duda <input type="checkbox"/> Anak <input type="checkbox"/> Ayah/Ibu <input type="checkbox"/> Kakek/Nenek <input type="checkbox"/> Cucu <input type="checkbox"/> Saudara Kandung <input type="checkbox"/> Mertua <input type="checkbox"/> Pihak yang ditunjuk dalam wasiat
Alamat/ no telp	: <input type="text"/>
	Desa/Kel <input type="text"/> Kec <input type="text"/> Kota/Kab <input type="text"/>
	Kode Pos <input type="text"/> No Telp/hp <input type="text"/>
Nomor Rekening	: <input type="text"/>
Nama Bank	: <input type="text"/>
11. Keterangan lainnya jika perlu : <input type="text"/>	
12. Persyaratan yang diperlukan (diisi oleh Petugas BPJS Ketenagakerjaan) :	
<input type="checkbox"/> Surat Keterangan Dokter Kasus Kecelakaan Kerja (Formulir 3b KK3)	
<input type="checkbox"/> Kuitansi asli biaya pengangkutan	
<input type="checkbox"/> Kuitansi asli biaya pengobatan dan perawatan	
<input type="checkbox"/> Dokumen pendukung lain apabila diperlukan (absensi sampai dengan peserta masuk bekerja, slip gaji, hasil rontgen dan lain sebagainya)	
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:	Kota/Kab : <input type="text"/>
- Dinas Tenaga Kerja Setempat	Tanggal : <input type="text"/>
<i>Keterangan *) :</i>	
<i>Tanda tangan pimpinan dan stempel pemberi kerja bagi Peserta PU dan Jakon</i>	
<i>Tanda tangan wadah penanggung jawab atau keluarga bagi Peserta BPU</i>	
<i>Tanda tangan dan stempel Pelaksana Penempatan bagi Peserta PMI</i>	
	Nama : <input type="text"/>
	Jabatan : <input type="text"/>

- Bagian organ tubuh bagian dalam yang cedera :
- | | | | |
|--|--|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Ginjal | <input type="checkbox"/> Hati | <input type="checkbox"/> Jantung | <input type="checkbox"/> Kandung empedu |
| <input type="checkbox"/> Esofagus | <input type="checkbox"/> kulit | <input type="checkbox"/> paratiroid | <input type="checkbox"/> pituitari |
| <input type="checkbox"/> kandung kemih | <input type="checkbox"/> Limpa | <input type="checkbox"/> mata | <input type="checkbox"/> Otak |
| <input type="checkbox"/> Ovarium | <input type="checkbox"/> Testis/buah zakar | <input type="checkbox"/> Pankreas | <input type="checkbox"/> paru-paru |
| <input type="checkbox"/> Lambung | <input type="checkbox"/> Usus halus | <input type="checkbox"/> usus besar | <input type="checkbox"/> rahim |
| <input type="checkbox"/> thymus | <input type="checkbox"/> tiroid | <input type="checkbox"/> Arteri | <input type="checkbox"/> 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 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 Fas-Kes)
Nama :



LAPORAN KASUS PENYAKIT AKIBAT KERJA TAHAP I

Formulir 3 PAK 1
BPJS Ketenagakerjaan

Segmen Kepesertaan : Penerima Upah Bukan Penerima Upah Jasa Konstruksi

Laporan Kasus Penyakit Akibat Kerja Tahap I
Wajib dilaporkan dalam waktu 2 X 24 Jam setelah di diagnosa sebagai Penyakit Akibat Kerja

1 Nama Pemberi Kerja/Wadah/Mitra : _____
NPP /Kode Wadah / 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 Peserta : _____
NIK : _____
Jenis Kelamin : laki-laki Perempuan
Tanggal Lahir : tgl _____ bln _____ thn _____
Alamat/ no telp : _____

Desa/Kel _____ Kec _____ Kota/Kab _____
Kode Pos _____ No Telp/hp _____

3 Upah yang diterima peserta : per hari per bulan borongan
Jumlah upah yang diterima : Rp _____
Terbilang upah yang diterima : _____

4 Status peserta : Masih Bekerja Sudah tidak bekerja (non aktif kepesertaan maksimal 3 (tiga) tahun)
Lokasi/alamat tempat bekerja : _____

Desa/Kel _____ Kec _____ Kota/Kab _____
Jabatan pekerjaan terakhir : _____
Uraian pekerjaan terakhir : _____
Uraian kejadian pekerjaan terakhir lebih lengkap dapat ditambahkan di lampiran tersendiri

Unit / Bidang/ Bagian pemberi kerja : _____
Riwayat jenis pekerjaan : 1 _____ tahun _____ sd _____
2 _____ tahun _____ sd _____
3 _____ tahun _____ sd _____

5 Tanggal didiagnosa Penyakit Akibat Kerja : _____

6 Fasilitas kesehatan (faskes) dan dokter yang mendiagnosa penyakit akibat kerja :
Nama Faskes : _____
Nama dokter : _____
Alamat Faskes : _____

7 Pengobatan peserta setelah didiagnosa penyakit akibat kerja : rawat jalan rawat inap

8 Keterangan lainnya jika perlu : _____

- 9 Dokumen pendukung (diisi oleh petugas BPJS Ketenagakerjaan) :
- Fotokopi Kartu Peserta untuk segmen kepesertaan Peserta Upah dan Bukan peserta Upah
 - Formulir Pendaftaran Proyek Jasa Konstruksi dan bukti pembayaran iuran terakhir (Khusus untuk Jasa Konstruksi)
 - Fotokopi Kartu Tanda Penduduk Bagi WNI/Fotokopi Paspor Bagi WNA
 - Surat keterangan ahli dari dokter yang memiliki kompetensi terkait penegakan kasus penyakit akibat kerja
 - Dokumen catatan/pelaporan dari rangkaian tahapan 7 (tujuh) pendekatan diagnosis PAK
 - Dokumen pendukung Penyakit Akibat Kerja (minimal 3 (tiga) dari 9 dokumen yang diwajibkan)

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

Tembusan: _____ Tanggal : _____ / _____ / _____ kota/kab, tanggal
- Dinas Tenaga Kerja setempat
*)Tanda tangan pimpinan dan stempel pemberi kerja untuk segmen kepesertaan PU dan jasa konstruksi _____ *) **)
**)Tanda tangan wadah penanggung jawab atau keluarga untuk segmen kepesertaan BPU Nama : _____
Jabatan : _____



LAPORAN KASUS PENYAKIT AKIBAT KERJA TAHAP II

Formulir 3A PAK 2
BPJS Ketenagakerjaan

Segmen Kepesertaan : Penerima Upah Bukan Penerima Upah Jasa Konstruksi

Laporan Kasus Penyakit Akibat Kerja Tahap II
Sejak pekerja dinyatakan sembuh, cacat, atau meninggal dunia

Formulir ini berfungsi juga sebagai pengajuan pembayaran Jaminan Kecelakaan Kerja

1. 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 : 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 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-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 : pemberi kerja 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

Total Pengajuan Pembiayaan : Rp

Penerima manfaat pembiayaan : pemberi kerja Peserta Pusat Layanan Kecelakaan Kerja Ahli Waris

7. Lamanya tidak bekerja : hari
 Sesuai dengan jumlah hari perawatan dan atau surat keterangan istirahat dokter

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

9. Berdasarkan Surat Keterangan dokter perihal kasus penyakit akibat kerja ditetapkan terlampir : Pada tanggal tanggal bulan tahun peserta ditetapkan :

Sembuh
 Cacat total tetap
 Cacat sebagian anatomis
 Cacat sebagian fungsi
 Meninggal dunia
 Kasus kambuh

10. 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/hp
Nomor Rekening :
Nama Bank :

11. Keterangan lainnya jika perlu :

- 9 Dokumen pendukung (diisi oleh petugas BPJS Ketenagakerjaan) :
- Surat pengantar rujukan atau surat keterangan Pihak Pelapor terkait pindah perawatan untuk kasus pindah
 - Kuitansi asli biaya penegakan diagnosis
 - Kuitansi asli biaya pengangkutan
 - Kuitansi asli pembelian orthose, prothese atau alat bantu lainnya
 - Kuitansi asli penggantian gigi tiruan
 - Surat keterangan ahli dari dokter yang memiliki kompetensi terkait penegakan kasus penyakit akibat kerja
 - Surat Keterangan Dokter Kasus Penyakit Akibat Kerja (3b PAK 3)

Dengan ini saya menyatakan bahwa data dan keterangan yang saya sampaikan kepada BPJS Ketenagakerjaan dalam rangka pelaporan kasus penyakit akibat 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 pemberi kerja untuk segmen kepesertaan PU dan jasa konstruksi) **)
Nama : _____
**)Tanda tangan wadah penanggung jawab atau keluarga untuk segmen kepesertaan BPU Jabatan : _____



**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 :
- NIK :
2. Nama Pemberi Kerja :
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
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 adalah benar.

Tembusan:
- Dinas Tenaga Kerja Setempat

Kota/kab :
Tanggal :

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

8. Penerima manfaat santunan apabila peserta 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 (diisi oleh Petugas BPJS Ketenagakerjaan) :

- 1. Fotokopi kartu Peserta BPJS Ketenagakerjaan
- 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 biaya transportasi apabila ada
- 6. Fotokopi buku rekening TKI dan/ atau ahli waris yang masih berlaku

Dengan ini saya menyatakan bahwa data dan keterangan yang saya sampaikan kepada BPJS Ketenagakerjaan dalam rangka pelaporan kasus kecelakaan kerja Pekerja Migran 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 : _____



PENGAJUAN PEMBAYARAN JAMINAN KEMATIAN DAN JAMINAN HARI TUA

Segmen Kepesertaan : Penerima Upah Bukan Penerima Upah Jasa Konstruksi Pekerja Migran Indonesia

A. Yang bertanda tangan di bawah ini

1. Nama :

2. NIK :

3. Alamat :

4. Nomor Telepon / HP :

5. Alamat *Email* :

6. Hubungan dengan Pekerja Istri / suami Orang tua
 Anak Pengurus pemakaman
 Ahli waris lainnya, sebutkan

7. Data Pekerja

a. Nama :

b. NIK :

c. Nomor Peserta : Nomor Paspor (*Khusus Bagi PMI*) :

d. Tempat / Tanggal lahir :

e. Nama Ibu Kandung :

f. Nama dan Alamat Pemberi Kerja/Wadah/Mitra terakhir/
Pelaksana Penempatan :

B. Permintaan Manfaat Program

Jaminan Kematian dan Jaminan Hari Tua

Jaminan Kematian

C. Dengan ini mengajukan pembayaran beasiswa untuk :

a. Nama Anak :

b. NIK :

c. Tempat/Tanggal Lahir :

d. Jenjang Pendidikan : SD SMA Pelatihan*
 SMP Perguruan Tinggi Khusus untuk PMI

e. Nama Sekolah/ Perguruan Tinggi :

D. Berkenaan dengan meninggalnya pekerja tersebut dikarenakan:

Sakit

Kecelakaan di luar hubungan kerja

pada hari/tanggal :

E. Metode pembayaran : Transfer - Nama Bank :

- Nama Pemilik :

- No Rekening :

F. Dokumen pendukung (diisi oleh petugas BPJS Ketenagakerjaan) :

1. Kartu Peserta BPJS Ketenagakerjaan Asli

2. Fotokopi KTP pekerja (WNI)/ paspor (WNA) dan KTP ahli waris dengan menunjukkan aslinya

3. Fotokopi Akta Kematian atau surat keterangan kematian dari pejabat yang berwenang

4. Surat keterangan ahli waris dari pejabat yang berwenang

5. Fotokopi kartu keluarga pekerja dan ahli waris yang masih berlaku dengan menunjukkan aslinya

6. Fotokopi KTP Pengurus Pemakaman (bagi yang tidak memiliki ahli waris)


7. Fotokopi buku rekening yang masih berlaku

8. Surat keterangan masih menempuh pendidikan (untuk penerima beasiswa pendidikan) atau menempuh pelatihan (khusus untuk PMI)

9. Dokumen pendukung lainnya apabila diperlukan (buku nikah dan lain sebagainya)

Demikian keterangan tersebut diatas saya buat dengan sebenarnya, jika di kemudian hari ternyata terdapat hal-hal yang

Nama :



Formulir 7
BPJS Ketenagakerjaan

PENGAJUAN PEMBAYARAN JAMINAN PENSUN

Bersama ini saya mengajukan pembayaran Jaminan Pensiun sebagai berikut:

A. Data Pemohon

1 Nama : _____

2 NIK : _____

3 Tempat/Tgl. Lahir : _____ Jenis Kelamin : 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 : _____

B. Data Tenaga Kerja

1 Nama* : _____

2 NIK* : _____

3 No. Peserta : _____

4 Tempat/Tgl. Lahir* : _____

5 Nama Ibu Kandung : _____

6 Alamat lengkap* : _____

7 Nama Pemberi Kerja : _____

*Tidak perlu diisi jika pemohon adalah tenaga kerja sendiri.

C. Sebab Klaim dan Persyaratan (diisi oleh petugas BPJS Ketenagakerjaan)

Mencapai Usia Pensiun	Cacat Total Tetap	Meninggal Dunia
<input type="checkbox"/> Kartu Peserta BPJS Ketenagakerjaan	<input type="checkbox"/> Kartu Peserta BPJS Ketenagakerjaan	<input type="checkbox"/> Kartu Peserta BPJS Ketenagakerjaan
<input type="checkbox"/> KTP Pekerja	<input type="checkbox"/> KTP Pekerja	<input type="checkbox"/> KTP Penerima Manfaat
<input type="checkbox"/> Fc. Bukti potong PPh 21 Form 1721-A1 bulan terakhir dari perusahaan*	<input type="checkbox"/> Fc. Bukti potong PPh 21 Form 1721-A1 bulan terakhir dari perusahaan*	<input type="checkbox"/> Fc. Surat Keterangan Kematian/Akta Kematian dan aslinya
<input type="checkbox"/> Fc. Buku rekening	<input type="checkbox"/> Fc. Surat Keterangan Cacat Total Tetap dari Dokter dan aslinya	<input type="checkbox"/> Fc. Surat Keterangan Ahli Waris dan aslinya
	<input type="checkbox"/> Fc. Surat Keterangan tidak bekerja dari Perusahaan dan aslinya	<input type="checkbox"/> Fc. Buku rekening
	<input type="checkbox"/> Fc. Buku rekening	

*Optional (tidak mandatory)

D. Susunan Anggota Keluarga Pekerja

No	Nama	Hubungan Keluarga	Status (meninggal/ kawin/ bekerja/ 23 tahun)	Tanggal Status

Data yang diisi pada kolom D sebagai dasar penerima manfaat Jaminan Pensiun (sesuai manfaat pensiun yang berhak diterima), dan tidak dapat dilakukan perubahan data setelah manfaat pensiun dibayarkan.

Melalui pengisian formulir ini maka dengan ini saya menyatakan bahwa:
 INFORMASI YANG SAYA SAMPAIKAN DI ATAS DIBUAT DENGAN SEBENARNYA
 Jika di kemudian hari ternyata terdapat hal-hal yang tidak benar, baik mengenai dokumen yang saya berikan serta keterangan yang saya sampaikan maka saya bersedia mengembalikan semua uang yang saya terima dari hak tersebut di atas serta bersedia untuk dituntut secara hukum.

.....
 Nama :

DIREKTUR UTAMA
 BADAN PENYELENGGARA JAMINAN
 SOSIAL KETENAGAKERJAAN,

ttd

AGUS SUSANTO

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


 SALKONI