

**Laporan Kasus Penyakit Akibat Kerja Tahap II**  
**Wajib dilaporkan dalam waktu 2 X 24 Jam**  
**Sejak pekerja dinyatakan sembuh, cacat, atau meninggal dunia oleh Dokter yang Merawat atau Dokter Penasehat**

**Formulir ini berfungsi juga sebagai pengajuan pembayaran Jaminan Kecelakaan Kerja**

<p>1. Nama Perusahaan *) : <input type="text"/></p> <p>Kode Mitra : <input type="text"/> *) Diisi khusus Bagi peserta Penerima Upah</p> <p>Alamat : _____                  Desa/Kel _____ Kec _____ Kota/Kab _____</p> <p>No telp perusahaan : <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Nama Kontak personil perusahaan : <input type="text"/></p> <p>2. Nama Peserta : <input type="text"/></p> <p>Nomor Referensi / nomor Peserta : <input type="text"/></p> <p>Jenis Kelamin : <input type="checkbox"/> laki-laki <input type="checkbox"/> Perempuan</p> <p>Tanggal Lahir : tgl <input type="text"/> <input type="text"/> bln <input type="text"/> <input type="text"/> thn <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Alamat/ no telp : _____                  Desa/Kel _____ Kec _____ Kota/Kab _____                  Kode Pos <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> No Telp/hp <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Jenis Pekerjaan/jabatan : _____</p> <p>Unit / Bidang/ Bagian perusahaan : _____</p> <p>3. Tanggal didiagnosa Penyakit Akibat Kerja : tgl <input type="text"/> <input type="text"/> bln <input type="text"/> <input type="text"/> thn <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>4. laporan kasus penyakit akibat kerja Tahap I telah disampaikan kepada BPJS Ketenagakerjaan dan Kantor Dinas Tenaga Kerja : <input type="checkbox"/> Belum disampaikan  <input type="checkbox"/> Sudah disampaikan pada tanggal <input type="text"/> <input type="text"/> bulan <input type="text"/> <input type="text"/> tahun <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>5. Kelompok penyakit akibat kerja : <input type="checkbox"/> Penyakit yang disebabkan oleh pajanan faktor-faktor yang timbul dari aktivitas pekerjaan :  <input type="checkbox"/> - Penyakit yang disebabkan oleh faktor kimia  <input type="checkbox"/> - Penyakit yang disebabkan oleh faktor fisika  <input type="checkbox"/> - Penyakit yang disebabkan oleh faktor biologi dan penyakit infeksi atau parasit  <input type="checkbox"/> Penyakit akibat kerja berdasarkan target organ :  <input type="checkbox"/> - Penyakit saluran pernapasan  <input type="checkbox"/> - Penyakit kulit  <input type="checkbox"/> - Gangguan otot dan rangka  <input type="checkbox"/> - Gangguan mental dan perilaku  <input type="checkbox"/> Penyakit Kanker akibat kerja  <input type="checkbox"/> Penyakit lainnya</p> <p>6. Pengajuan Pembiayaan oleh : <input type="checkbox"/> Perusahaan <input type="checkbox"/> Peserta <input type="checkbox"/> Faskes TC <input type="checkbox"/> Ahli Waris</p> <p>a) Biaya pengangkutan : Rp <input type="text"/></p> <p>b) Biaya pengobatan dan perawatan : Rp <input type="text"/></p> <p>c) Biaya Rehabilitasi : Rp <input type="text"/></p> <p>d) Biaya prothesa / orthesa : Rp <input type="text"/></p> <p>e) Biaya Pemakaman : Rp <input type="text"/></p> <p>Penerima manfaat pembiayaan : <input type="checkbox"/> Perusahaan <input type="checkbox"/> Peserta <input type="checkbox"/> Faskes TC <input type="checkbox"/> Ahli Waris</p> <p>7. Pengajuan Santunan Sementara Tidak Mampu Bekerja (STMB) : a) Periode <input type="text"/> <input type="text"/> tanggal <input type="text"/> <input type="text"/> bulan <input type="text"/> <input type="text"/> tahun <input type="text"/> <input type="text"/> s.d. <input type="text"/> <input type="text"/> tanggal <input type="text"/> <input type="text"/> bulan <input type="text"/> <input type="text"/> tahun <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>b) Jumlah besarnya STMB : Rp <input type="text"/></p> <p>8. Uraian keterangan dokter tentang kondisi fisik/mental peserta pasca mengalami penyakit akibat kerja : <input type="checkbox"/> Terlampir pada surat keterangan dokter kasus penyakit akibat kerja kerja (formulir 3b PAK 3)  <input type="checkbox"/> Tidak terlampir</p>	
--	--

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

10. Besarnya pembiayaan dan santunan yang : Rp   
telah diberikan kepada peserta atau ahli waris pasca mengalami penyakit akibat kerja

11. 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 :

12. Keterangan lainnya jika perlu :

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.

Tembusan:  
- Dinas Tenaga Kerja Setempat

Kota/kab :  
Tanggal :

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

Nama :  
Jabatan :