

PENDAFTARAN TENAGA KERJA DAN PEMBERITAHUAN PERUBAHAN IDENTITAS TENAGA KERJA DAN SUSUNAN KELUARGA
 Pendaftaran Baru

 Perubahan Data

BAGIAN I : IDENTITAS TENAGA KERJA

 Apakah sebelumnya anda sudah menjadi peserta Jamsostek ? Belum Sudah

(diisi pihak Jamsostek)

 Bila sudah, mohon
Lengkapi nomor KPJ anda :

NPP

KPJ

Nama Perusahaan :

(Sesuai Perusahaan Sekarang)

Nomor Induk Karyawan :

Nama Unit kerja

Kode Unit Kerja :

Nama Lengkap Tenaga Kerja:

Nama Depan

Nama Tengah

Nama Belakang

Gelar

Pendidikan terakhir :

 SD D3

 SMP S1

 SMU S2/S3

Tempat/Tanggal Lahir :

tgl bulan tahun

Jenis Kelamin :

 Laki-Laki Perempuan

 Status Pernikahan Belum Menikah Menikah

Golongan Darah :

 O A B AB

Kewarganegaraan

Identitas Diri :

 KTP Paspor

Diisi khusus warga negara asing

Nomor Identitas Diri :

Berlaku s/d

tgl

bulan

tahun

NPWP :

Nama Ibu Kandung :

Alamat Lengkap :

(Sesuai Identitas)

Alamat Surat Menyurat :

Kota

Kode Pos

Kota

Kode Pos

No. Telepon Rumah :

No. Telepon Kantor :

No. Hp :

Alamat eMail :

Alamat Menyurat Ke :

 Alamat surat menyurat

 Alamat email

Rekening Bank yang dimiliki :

Nama Bank :

Kode Bank

Cabang:

Nomor Rekening Bank:

(diisi pihak Jamsostek)

Atas Nama:

BAGIAN II : SUSUNAN KELUARGA

(diisi bila mengikuti Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan)

Hubungan Keluarga	Nama Anggota Keluarga (Seperti yang tercantum dalam kartu keluarga)	Tgl Lahir (dd/mm/yyyy)	Jenis Kelamin L/P	Golongan Darah (O,A,B,AB)	Keterangan (Hanya untuk perubahan data)
Istri / Suami					<input type="checkbox"/> Cerai <input type="checkbox"/> Meninggal dunia
Anak					<input type="checkbox"/> Lahir <input type="checkbox"/> Menikah <input type="checkbox"/> Meninggal dunia
Anak					<input type="checkbox"/> Lahir <input type="checkbox"/> Menikah <input type="checkbox"/> Meninggal dunia
Anak					<input type="checkbox"/> Lahir <input type="checkbox"/> Menikah <input type="checkbox"/> Meninggal dunia

BAGIAN III : FASILITAS KESEHATAN YANG DIPILIH

(diisi bila mengikuti Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan)

Fasilitas Kesehatan	Nama dan alamat fasilitas kesehatan (dalam hal berubah fasilitas jelaskan alasannya)	Kode PPK (diisi pihak Jamsostek)
Balai Pengobatan Umum		
Balai Pengobatan Gigi		
Rumah Bersalin		

Cap Jempol Kiri

Tanda Tangan Tenaga Kerja

Pas Foto 2x3

Diterima Oleh Petugas Jamsostek

tgl bulan tahun

Ttd/Cap