JAMSOSTEK
PT. Jaminan Sosial Tenaga Kerja (Persero)

Formulir Jamsostek 1a

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)
NPP
KPJ

Bila sudah, mohon lengkapi Nomor KPJ anda:

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:
Diisi khusus untuk warga negara asing

Identitas Diri: ◯ KTP ◯ Paspor

Nomor Identitas Diri: berlaku s/d tgl bulan tahun

NPWP:

Nama Ibu Kandung:

Alamat Lengkap:
(sesuai identitas diri)
Kota Kode Pos

Alamat Surat Menyurat:
Kota Kode Pos

No. Telepon Rumah:

No. Telepon Kantor: Ext

No. HP:

Alamat email:

Surat Menyurat ke: ◯ Alamat Surat Menyurat ◯ Alamat email

Rekening bank yang dimiliki:

Nama Bank:

Cabang:

Nomor Rekening Bank:

Atas Nama:

Kode Bank
(diisi pihak Jamsostek)

BAGIAN II : SUSUNAN KELUARGA

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					◯ Cerai ◯ Meninggal dunia
Anak					◯ Lahir ◯ Menikah ◯ Meninggal dunia
Anak					◯ Lahir ◯ Menikah ◯ Meninggal dunia
Anak					◯ Lahir ◯ Menikah ◯ 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

Keterangan: Seluruh informasi wajib diisi secara lengkap, isi dengan silang atau centang pada isian berbentuk lingkaran (◯)