

# CARA MEMBUAT KARTU BPJS TAMBAHAN ANAK

Saya mau membuat kartu ASKES, sekarang namanya kartu BPJS buat anak bungsu saya, yaitu anak ke-3. Berikut saya sajikan tentang cara membuat kartu BPJS tambahan anak. Semoga bermanfaat !

Pertama2 kita harus tahu dulu POB (Prosedur Operasional Baku) Pembuatan Kartu Askes di kantor Anda jika Anda ingin meminta bantuan pada petugas ASKES di kantor Anda. Jika Anda mau mengurus sendiri ke kantor ASKES maka tidak perlu membawa surat pengantar dari pimpinan.

## **PROSEDUR OPERASIONAL BAKU SDM IPB tentang PEMBUATAN ASURANSI SOSIAL untuk TAMBAHAN ANAK:**

1. Mengisi **Formulir 3** BPJS (sebanyak **1** lembar)
2. **Surat pengantar** dari pimpinan yang mengesahkan Formulir 3 yang sudah Anda isi  
Contoh Surat nya:

Nomor : .../IT3.46/KP.04/2015  
Lampiran: 1 (satu) eksemplar  
Perihal : Pembuatan Kartu BPJS

04 Nopember 2015

Perihal: Pembuatan Kartu BPJS

Kepada Yth.  
Direktur Sumberdaya Manusia  
Institut Pertanian Bogor

Dengan ini kami sampaikan berkas persyaratan pembuatan Kartu BPJS tambahan anak ke-3 pegawai Unit Arsip IPB atas nama Ir. Anita Handayani.

Kami mohon persyaratan ini dapat diproses.

Demikian atas perhatian dan kerjasamanya kami sampaikan terimakasih.

Kepala Unit Arsip,

ttd.

Drs. Badolahi Mustafa, M.Lib  
NIP. 195605031982031006

3. Fotocopy **Akte Kelahiran Anak** (sebanyak **2** lembar)
4. Fotocopy **Daftar Gaji** bulan terkini dilegalisir (sebanyak **2** lembar)
5. Fotocopy **KK** (sebanyak 2 lembar)

6. Surat Keterangan Pembayaran Tunjangan Keluarga (**KP4**) terkini (sebanyak **2** lembar)
7. Fotocopy **Kartu Askes/Kartu BPJS** dari PNS ybs (sebanyak **2** lembar)
8. **Pasphoto anak** ukuran **3x4** (sebanyak **1** lembar)

### **Tampilan Formulir 3 BPJS Kesehatan:**

Nomor Register Penanggung Tambahan Anggota Keluarga (dilihat oleh petugas BPJS-Kesehatan)

<b>Pekerja Penerima Upah</b> <input type="checkbox"/> Pegawai Negeri Sipil (PNS) Pusat <input type="checkbox"/> PNS Pusat diperbantukan BUMD/BUMD dan Badan Lainnya <input type="checkbox"/> Pegawai Negeri Sipil Daerah <input type="checkbox"/> PNS Daerah diperbantukan BUMD atau Badan lainnya <input type="checkbox"/> TNI Angkatan Darat <input type="checkbox"/> TNI Angkatan Laut <input type="checkbox"/> TNI Angkatan Udara <input type="checkbox"/> Kepolisian Republik Indonesia <input type="checkbox"/> Pejabat Negara <input type="checkbox"/> Png. Pemerintah Non PNS <input type="checkbox"/> Pegawai Badan Usaha Milik Negara <input type="checkbox"/> Pegawai Badan Usaha Milik Daerah <input type="checkbox"/> Pegawai Swasta	<b>Pekerja Bukan Penerima Upah</b> <input type="checkbox"/> Pekerja Mandiri	<b>Bukan Pekerja</b> <input type="checkbox"/> Penerima Pensun PNS <input type="checkbox"/> Penerima Pensun TNI <input type="checkbox"/> Penerima Pensun Polri <input type="checkbox"/> Penerima Pensun Pejabat Negara <input type="checkbox"/> Veteran <input type="checkbox"/> Perintis Kemandirian <input type="checkbox"/> Investor <input type="checkbox"/> Pemberi Kerja <input type="checkbox"/> Penerima Pensun Swasta	<b>Pembayaran Iuran Jaminan Kesehatan Melalui Rekening Bank</b> <input type="checkbox"/> Mandiri <input type="checkbox"/> BNI <input type="checkbox"/> BRI <input type="checkbox"/> Lainnya .....
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Petugas Verifikasi : Tanggal Verifikasi : Petugas Entry :

**IDENTITAS TAMBAHAN ANGGOTA KELUARGA**

<b>1 Tambahan Anggota Keluarga ke .....</b>		Verifikasi
1 Nomor Identitas Kependudukan		
2 Nama		
3 Tempat dan Tanggal Lahir		
4 Jenis Kelamin	1 - Laki-Laki; 2 - Perempuan	
5 Jumlah iuran yang dibayar	Rp. ....	
6 Hak Kelas Perawatan yg dipilih	1. Kelas I, 2. Kelas II, 3. Kelas III	
7 Nomor Passport		
8 No. Polis Asuransi Kesehatan *)	<small>(jika memiliki polis asuransi kesehatan lainnya)</small>	
9 Nama Perusahaan Asuransi		
10 Alamat tempat tinggal		
Desa/Kelurahan	RT	
Kecamatan	Kode Pos	
Kabupaten/Kota	RW	
11 Nama Faskes Tingkat Pertama	Kode Faskes	Foto Peserta Ukuran 3 x 4 cm
12 Nama Faskes Dokter Gigi	Kode Faskes	
<b>2 Tambahan Anggota Keluarga ke .....</b>		
1 Nomor Identitas Kependudukan		
2 Nama		
3 Tempat dan Tanggal Lahir		
4 Jenis Kelamin	1 - Laki-Laki; 2 - Perempuan	
5 Jumlah iuran yang dibayar	Rp. ....	
6 Hak Kelas Perawatan yg dipilih	1. Kelas I, 2. Kelas II, 3. Kelas III	
7 Nomor Passport		
8 No. Polis Asuransi Kesehatan *)	<small>(jika memiliki polis asuransi kesehatan lainnya)</small>	
9 Nama Perusahaan Asuransi		
10 Alamat tempat tinggal		
Desa/Kelurahan	RT	
Kecamatan	Kode Pos	
Kabupaten/Kota	RW	
11 Nama Faskes Tingkat Pertama	Kode Faskes	Foto Peserta Ukuran 3 x 4 cm
12 Nama Faskes Dokter Gigi	Kode Faskes	

**Isilah dengan huruf kapital dan mudah dibaca**  
Yang bertanda tangan dibawah ini bertanggung jawab secara hukum terhadap kebenaran data yang bercantun.

.....201...  
Tanda Tangan Peserta

Nomor Register Penanggung Tambahan Anggota Keluarga (dili oleh petugas BPJS-Kesehatan)

<b>Pekerja Penerima Upah</b> <input type="checkbox"/> Pegawai Negeri Sipil (PNS) Pusat <input type="checkbox"/> PNS Pusat diperbantukan BUMD/BUMD dan Badan Lainnya <input type="checkbox"/> Pegawai Negeri Sipil Daerah <input type="checkbox"/> PNS Daerah diperbantukan BUMD atau Badan lainnya <input type="checkbox"/> TNI Angkatan Darat <input type="checkbox"/> TNI Angkatan Laut <input type="checkbox"/> TNI Angkatan Udara <input type="checkbox"/> Kepolisian Republik Indonesia <input type="checkbox"/> Pejabat Negara <input type="checkbox"/> Png. Pemerintah Non PNS <input type="checkbox"/> Pegawai Badan Usaha Milik Negara <input type="checkbox"/> Pegawai Badan Usaha Milik Daerah <input type="checkbox"/> Pegawai Swasta	<b>Pekerja Bukan Penerima Upah</b> <input type="checkbox"/> Pekerja Mandiri	<b>Bukan Pekerja</b> <input type="checkbox"/> Penerima Pensun PNS <input type="checkbox"/> Penerima Pensun TNI <input type="checkbox"/> Penerima Pensun Polri <input type="checkbox"/> Penerima Pensun Pejabat Negara <input type="checkbox"/> Veteran <input type="checkbox"/> Perintis Kemandirian <input type="checkbox"/> Investor <input type="checkbox"/> Pemberi Kerja <input type="checkbox"/> Penerima Pensun Swasta	<b>Pembayaran Iuran Jaminan Kesehatan Melalui Rekening Bank</b> <input type="checkbox"/> Mandiri <input type="checkbox"/> BNI <input type="checkbox"/> BRI <input type="checkbox"/> Lainnya .....
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Petugas Verifikasi : Tanggal Verifikasi : Petugas Entry :

**IDENTITAS TAMBAHAN ANGGOTA KELUARGA**

<b>1 Tambahan Anggota Keluarga ke .....</b>		Verifikasi
1 Nomor Identitas Kependudukan		
2 Nama		
3 Tempat dan Tanggal Lahir		
4 Jenis Kelamin	1 - Laki-Laki; 2 - Perempuan	
5 Jumlah iuran yang dibayar	Rp. ....	
6 Hak Kelas Perawatan yg dipilih	1. Kelas I, 2. Kelas II, 3. Kelas III	
7 Nomor Passport		
8 No. Polis Asuransi Kesehatan *)	<small>(jika memiliki polis asuransi kesehatan lainnya)</small>	
9 Nama Perusahaan Asuransi		
10 Alamat tempat tinggal		
Desa/Kelurahan	RT	
Kecamatan	Kode Pos	
Kabupaten/Kota	RW	
11 Nama Faskes Tingkat Pertama	Kode Faskes	Foto Peserta Ukuran 3 x 4 cm
12 Nama Faskes Dokter Gigi	Kode Faskes	
<b>2 Tambahan Anggota Keluarga ke .....</b>		
1 Nomor Identitas Kependudukan		
2 Nama		
3 Tempat dan Tanggal Lahir		
4 Jenis Kelamin	1 - Laki-Laki; 2 - Perempuan	
5 Jumlah iuran yang dibayar	Rp. ....	
6 Hak Kelas Perawatan yg dipilih	1. Kelas I, 2. Kelas II, 3. Kelas III	
7 Nomor Passport		
8 No. Polis Asuransi Kesehatan *)	<small>(jika memiliki polis asuransi kesehatan lainnya)</small>	
9 Nama Perusahaan Asuransi		
10 Alamat tempat tinggal		
Desa/Kelurahan	RT	
Kecamatan	Kode Pos	
Kabupaten/Kota	RW	
11 Nama Faskes Tingkat Pertama	Kode Faskes	Foto Peserta Ukuran 3 x 4 cm
12 Nama Faskes Dokter Gigi	Kode Faskes	

**Isilah dengan huruf kapital dan mudah dibaca**  
Yang bertanda tangan dibawah ini bertanggung jawab secara hukum terhadap kebenaran data yang bercantun.

.....  
Tanda Tangan Peserta 201...

**PETUNJUK PENGISIAN DAN VERIFIKASI  
DAFTAR ISIAN PENAMBAHAN ANGGOTA KELUARGA  
BADAN PENYELENGGARA JAMINAN SOSIAL KESEHATAN**

Pengisian Daftar Isian penambahan anggota keluarga ini cukup 1 (satu) lembar untuk 1 (satu) keluarga dan agar ditulis dengan jelas, apabila memungkinkan diketik dengan/ditulis dengan tinta hitam dan huruf balok serta beri tanda (v) pada kotak pilihan.

Nomor Register Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan		Diisi oleh petugas BPJS Kesehatan
Petugas Verifikasi : Nama petugas yang melakukan verifikasi		
Tanggal Verifikasi : Tanggal Pelaksanaan verifikasi dilaksanakan		
Petugas Entry : Nama petugas yang melakukan entry data		
Pembayaran iuran jaminan kesehatan	:	Beri tanda (v) pada kotak yang sesuai dengan tempat pembayaran iuran
<b>1. TAMBAHAN ANGGGOTA KELUARGA KE...</b>		
1) NOMOR IDENTITAS KEPENDUDUKAN	:	Isi Nomor Identitas yang tertera pada KTP/Kartu Keluarga,
2) NAMA LENGKAP	:	Nama sesuai dengan nama yang tercantum dalam SK Pengangkatan / SK Pensiun / Kartu Tanda Penduduk elektronik
3) TEMPAT DAN TANGGAL LAHIR	:	Wilayah Kab / Kota tempat serta tanggal, bulan dan tahun kelahiran peserta
4) JENIS KELAMIN	:	Isi dengan angka sesuai dengan jenis kelamin
5) JUMLAH IURAN YANG DIBAYAR	:	Isi sesuai dengan iuran Jaminan kesehatan yang dibayarkan
6) KELAS RAWAT	:	Isi dengan angka sesuai kelas perawatan yang dipilih
7) NOMOR PASSPORT	:	Isi dengan nomor passport yang dimiliki
8) NOMOR POLIS ASURANSI	:	Isi dengan Nomor Polis Asuransi lain yang dimiliki (jika mengikuti program asuransi kesehatan lain)
9) NAMA PERUSAHAAN ASURANSI	:	Isi dengan nama perusahaan penanggung resiko
10) ALAMAT TEMPAT TINGGAL	:	Isi sesuai dengan alamat tempat tinggal saat atau sama dengan tempat tinggal yang tercatat pada KTP
11) NAMA FASKES TINGKAT PERTAMA	:	Isi dengan Nama Puskesmas / Dokter keluarga yang menjadi pilihan
12) NAMA FASKES DOKTER GIGI	:	Isi dengan Nama Dokter Gigi yang menjadi pilihan
<b>2. TAMBAHAN ANGGGOTA KELUARGA KE...</b>		
1) NOMOR IDENTITAS KEPENDUDUKAN	:	Isi Nomor Identitas yang tertera pada KTP/Kartu Keluarga,
2) NAMA LENGKAP	:	Nama sesuai dengan nama yang tercantum dalam SK Pengangkatan / SK Pensiun / Kartu Tanda Penduduk elektronik
3) TEMPAT DAN TANGGAL LAHIR	:	Wilayah Kab / Kota tempat serta tanggal, bulan dan tahun kelahiran peserta
4) JENIS KELAMIN	:	Isi dengan angka sesuai dengan jenis kelamin
5) JUMLAH IURAN YANG DIBAYAR	:	Isi sesuai dengan iuran Jaminan kesehatan yang dibayarkan
6) KELAS RAWAT	:	Isi dengan angka sesuai kelas perawatan yang dipilih
7) NOMOR PASSPORT	:	Isi dengan nomor passport yang dimiliki
8) NOMOR POLIS ASURANSI	:	Isi dengan Nomor Polis Asuransi lain yang dimiliki (jika mengikuti program asuransi kesehatan lain)
9) NAMA PERUSAHAAN ASURANSI	:	Isi dengan nama perusahaan penanggung resiko
10) ALAMAT TEMPAT TINGGAL	:	Isi sesuai dengan alamat tempat tinggal saat atau sama dengan tempat tinggal yang tercatat pada KTP
11) NAMA FASKES TINGKAT PERTAMA	:	Isi dengan Nama Puskesmas / Dokter keluarga yang menjadi pilihan
12) NAMA FASKES DOKTER GIGI	:	Isi dengan Nama Dokter Gigi yang menjadi pilihan

## Cara mengisi Daftar Isian Penambahan Anggota Keluarga (Formulir 3):

1. Petugas Verifikasi : Nama petugas yang melakukan verifikasi (diisi oleh petugas BPJS Kesehatan)
2. Tanggal Verifikasi : Tanggal Pelaksanaan verifikasi dilaksanakan (diisi oleh petugas BPJS Kesehatan)
3. Petugas Entry : Nama petugas yang melakukan entry data (diisi oleh petugas BPJS Kesehatan)
4. Pembayaran iuran jaminan kesehatan Beri tanda (v) pada kotak yang sesuai dengan tempat pembayaran iuran
5. 1. TAMBAHAN ANGGGOTA KELUARGA KELUARGA
  - 1) NOMOR IDENTITAS KEPENDUDUKAN : Isi Nomor Identitas yang tertera

- pada KTP/Kartu Keluarga,
- 2) NAMA LENGKAP : Nama sesuai dengan nama yang tercantum dalam SK Pengangkatan / SK Pensiun / Kartu Tanda Penduduk elektronik
  - 3) TEMPAT DAN TANGGAL LAHIR : Wilayah Kab / Kota tempat serta tanggal, bulan dan tahun kelahiran peserta
  - 4) JENIS KELAMIN : Isi dengan angka sesuai dengan jenis kelamin
  - 5) JUMLAH IURAN YANG DIBAYAR : Isi sesuai dengan iuran Jaminan kesehatan yang dibayarkan
  - 6) KELAS RAWAT : Isi dengan angka sesuai kelas perawatan yang dipilih
  - 7) NOMOR PASSPORT : Isi dengan nomor passport yang dimiliki
  - 8) NOMOR POLIS ASURANSI : Isi dengan Nomor Polis Asuransi lain yang dimiliki (jika mengikuti program asuransi kesehatan lain)
  - 9) NAMA PERUSAHAAN ASURANSI : Isi dengan nama perusahaan penanggung resiko
  - 10) ALAMAT TEMPAT TINGGAL : Isi sesuai dengan alamat tempat tinggal saat atau sama dengan tempat tinggal yang tercatat pada KTP
  - 11) NAMA FASKES TINGKAT PERTAMA : Isi dengan Nama Puskesmas / Dokter keluarga yang menjadi pilihan
  - 12) NAMA FASKES DOKTER GIGI : Isi dengan Nama Dokter Gigi yang menjadi pilihan
6. 2. TAMBAHAN ANGGGOTA KELUARGA KELUARGA
- 1) NOMOR IDENTITAS KEPENDUDUKAN : Isi Nomor Identitas yang tertera pada KTP/Kartu Keluarga,
  - 2) NAMA LENGKAP : Nama sesuai dengan nama yang tercantum dalam SK Pengangkatan / SK Pensiun / Kartu Tanda Penduduk elektronik
  - 3) TEMPAT DAN TANGGAL LAHIR : Wilayah Kab / Kota tempat serta tanggal, bulan dan tahun kelahiran peserta
  - 4) JENIS KELAMIN : Isi dengan angka sesuai dengan jenis kelamin
  - 5) JUMLAH IURAN YANG DIBAYAR : Isi sesuai dengan iuran Jaminan kesehatan yang dibayarkan
  - 6) KELAS RAWAT : Isi dengan angka sesuai kelas perawatan yang dipilih
  - 7) NOMOR PASSPORT : Isi dengan nomor passport yang dimiliki
  - 8) NOMOR POLIS ASURANSI : Isi dengan Nomor Polis Asuransi lain yang dimiliki (jika mengikuti program asuransi kesehatan lain)
  - 9) NAMA PERUSAHAAN ASURANSI : Isi dengan nama perusahaan penanggung resiko
  - 10) ALAMAT TEMPAT TINGGAL : Isi sesuai dengan alamat tempat tinggal saat atau sama dengan tempat tinggal yang tercatat pada KTP
  - 11) NAMA FASKES TINGKAT PERTAMA : Isi dengan Nama Puskesmas / Dokter keluarga yang menjadi pilihan
  - 12) NAMA FASKES DOKTER GIGI : Isi dengan Nama Dokter Gigi yang menjadi pilihan

Penulis: [Anita Handayani](#)

Sumber: [Anita's Personal Blog](#)

<http://anitanet.staff.ipb.ac.id>

<http://anitanet.staff.ipb.ac.id/artikel-article/download/askes/cara-membuat-kartu-bpjs-tambahan-anak/>