

**SURAT PERNYATAAN PENGUNDURAN DIRI SEBAGAI PESERTA
PENERIMA BANTUAN IURAN (PBI) JAMINAN KESEHATAN**

Saya yang bertandatangan di bawahini :

Nama :
NIK :
Tempat / Tgl lahir :
Alamat :
Nomor Kartu PBI JK :

Dengan ini menyatakan mengundurkan diri sebagai peserta Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan dan berubah jenis kepesertaan menjadi Pekerja Penerima Upah / Pekerja Bukan Penerima Upah / Bukan Pekerja*).

Terhitung mulai tanggal saya mengundurkan diri, kewajiban untuk membayar iuran sebagai peserta program Jaminan Kesehatan yang diselenggarakan oleh BPJS Kesehatan sepenuhnya menjadi tanggung jawab pribadi dan pemberi kerja / pribadi**) sesuai ketentuan regulasi yang berlaku.

Demikian surat pernyataan ini saya buat atas kesadaran dan keinginan sendiri serta tanpa paksaan maupun tekanan dari pihak manapun.

Banjarmasin,.....2021

Materai
10.000

(.....)