

SURAT KUASA PEMOTONGAN PENGHASILAN UNTUK IURAN JAMINAN KESEHATAN
BAGI ANGGOTA KELUARGA YANG LAIN

Yang bertanda tangan dibawah ini:

I. Nama : (1)
NIP : (2)
NIK : (3)
Pangkat/Gol. : (4)
Jabatan : (5)
Satker : (6)

Selaku **PIHAK PERTAMA**

Dengan ini memberikan kuasa kepada :

II. Nama : (7)
NIP : (8)
NIK : (9)
Pangkat/Gol. : (10)
Jabatan : (11)
Satker : (12)

Selaku **PIHAK KEDUA**

Menerangkan bahwa PIHAK PERTAMA memberi kuasa kepada PIHAK KEDUA untuk melakukan pemotongan pada **gaji/penghasilan tetap***) saya untuk iuran jaminan kesehatan bagi anggota keluarga yang lain sebesar 1% (satu persen) dari **gaji/penghasilan tetap***) per orang per bulan untuk atas nama:

No	Nama	Nomor KK	NIK	Status Hubungan Keluarga
1				Anak ke-4, dst.
2				Ayah
3				Ibu
4				Ayah Mertua
5				Ibu Mertua

Sebagai data pendukung terlampir dokumen kependudukan yang sah, yaitu:

1. Fotokopi akta kelahiran;
2. Fotokopi kartu keluarga; dan/atau
3. Fotokopi kartu tanda penduduk.

Demikian surat kuasa ini dibuat dengan sebenarnya, untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Penerima Kuasa
PIHAK KEDUA

Kotabumi,(18).....
Pemberi Kuasa
PIHAK PERTAMA,

Meterai
Rp.10.000

.....(23).....
NIP(24).....

.....(20).....
NIP(21)....

NO	URAIAN ISIAN
1	Diisi nama PPU pusat pemberi kuasa
2	Diisi nomor NIP/NRP PPU pusat pemberi kuasa
3	Diisi nomor NIK PPU pusat pemberi kuasa
4	Diisi pangkat/golongan PPU pusat pemberi kuasa
5	Diisi jabatan PPU pusat pemberi kuasa
6	Diisi nama Satker tempat PPU pusat pemberi kuasa bekerja
7	Diisi nama KPA/PPK penerima kuasa
8	Diisi NIP/NRP KPA/PPK penerima kuasa
9	Diisi pangkat/golongan KPA/PPK penerima kuasa
10	Diisi nama jabatan perbendaharaan: Kuasa Pengguna Anggaran/Pejabat Pembuat Komitmen
11	Diisi nama Satker tempat KPA/PPK penerima kuasa bekerja
12	Diisi nomor urut
13	Diisi nama anggota keluarga lainnya yang diikutsertakan menjadi peserta jaminan kesehatan
14	Diisi nomor Kartu Keluarga (KK) anggota keluarga yang lain yang diikutsertakan menjadi peserta jaminan kesehatan
15	Diisi Nomor Induk Kependudukan (NIK) anggota keluarga lainnya yang diikutsertakan menjadi peserta jaminan kesehatan
16	Diisi status anggota keluarga lainnya yang diikutsertakan menjadi peserta jaminan kesehatan (Anak ke-4, anak ke-5 dst, Ayah, Ibu, Ayah Mertua, Ibu Mertua)
17	Diisi nama kota tempat penandatanganan surat kuasa
18	Diisi tanggal, bulan dan tahun penandatanganan surat kuasa
19	Diisi tanda tangan PPU pusat pemberi kuasa
20	Diisi nama PPU pusat pemberi kuasa
21	Diisi NIP/NRP/NIK PPU pusat pemberi kuasa
22	Diisi tanda tangan KPA/PPK penerima kuasa
23	Diisi nama KPA/PPK penerima kuasa
24	Diisi nomor NIP/NRP KPA/PPK penerima kuasa