



LAPORAN KECELAKAAN KERJA TAHAP II

Nomor :

Diterima tanggal :		(diisi oleh petugas TASPEN)
1.	Nama Rumah Sakit	
	Alamat dan Nomor Telepon	
2.	Nama Peserta	
	a. Tempat/ Tgl Lahir	
	b. Notas/ NIP	
	c. Jenis Kelamin	☐ laki-laki ☐ perempuan
	d. Jabatan/ Gol	/
	e. Instansi/Unit/ Bagian	
	f. Alamat dan Nomor Telepon	
3.	Uraian Kejadian	
	a. Tempat Kejadian	
	b. Tanggal dan Waktu Kejadian	/
4.	Laporan Kecelakaan Kerja Tahap I sudah diserahkan ke PT TASPEN (PERSERO) pada tanggal	
5.	Biaya yang telah dibayar oleh peserta:	
	a. Biaya pengangkutan dari tempat kecelakaan kerja ke RS atau ke rumah peserta	Rp
	b. Biaya pengobatan dan perawatan	Rp
	c. Biaya Prothese/Orthose	Rp
	d. Biaya pemakaman	Rp
	e. Jumlah seluruhnya	Rp
6.	Nama dan alamat penerima santunan keluarga (melampirkan Daftar Keluarga yang sah)	
7.	Berdasarkan Surat Keterangan Dokter peserta ditetapkan:	
	a. Keadaan sementara tidak mampu bekerja berakhir	Tanggal :
	b. Keadaan cacat sebagian untuk selamanya	Tanggal :
	c. Keadaan cacat sebagian untuk selama-lamanya baik fisik maupun mental	Tanggal :
	d. Meninggal dunia	Tanggal :
8.	Uraian tentang cacat untuk selama-lamanya diderita tenaga kerja tersebut dengan melampirkan Surat Keterangan Dokter atau Surat Keterangan Dokter Penyakit Akibat Kerja	

Kepala Rumah Sakit

.....,

Dibuat dengan sesungguhnya

Pemohon: PNS/Ahli Waris/Kabag

Keuangan Rumah Sakit

NIP ...