

<KOP SURAT SATKER>....(1)

Nomor :(2) Tanggal(3)
Lampiran :(4)
Hal : Permintaan Konfirmasi Eligibilitas Kepesertaan
Anggota Keluarga yang Lain PPU Pusat
Yth. _____(5)
_____ (6)

1. Dengan memperhatikan Peraturan Direktur Jenderal Perbendaharaan Nomor PER-7/PB/2021 tentang Tata Cara Pemotongan Iuran Jaminan Kesehatan Bagi Anggota Keluarga yang Lain, dengan ini kami menyampaikan permintaan konfirmasi eligibilitas kepesertaan bagi anggota keluarga yang lain PPU pusat dari satuan kerja _____(8).
2. Data anggota keluarga yang lain sebagaimana dimaksud pada angka 1 sebagaimana dimaksud pada angka 1 berikut/terlampir*):

No	Nama Penanggung NIP/NRP, dan NIK	Data Anggota Keluarga Yang Lain				Status Eligibilitas	Keterangan
		Nama	NIK	No.KK	Status Hubungan		
(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)
1 NIP/NRP..... NIK						
2 NIP/NRP..... NIK						
3 NIP/NRP..... NIK						

*) dapat dibuat dalam lampiran tersendiri

3. Selanjutnya hasil konfirmasi eligibilitas kepesertaan dari Saudara akan menjadi pedoman dalam pelaksanaan pemotongan iuran jaminan kesehatan bagi anggota keluarga yang lain pada pembayaran gaji/penghasilan tetap dan pendaftaran peserta program jaminan kesehatan segmen anggota keluarga yang lain dari PPU pusat pada Satker kami.
4. Berdasarkan hal tersebut, hasil konfirmasi eligibilitas kepesertaan kiranya dapat kami terima pada kesempatan pertama.
Demikian disampaikan. Atas perhatian dan kerjasamanya kami ucapkan terima kasih.

KPA/PPK

(_____)

NIP/NRP: _____

PETUNJUK PENGISIAN SURAT PERMINTAAN
KONFIRMASI ELIGIBILITAS KEPESERTAAN

NO	URAIAN ISIAN
1	Diisi kop surat Satker berkenaan
2	Diisi nomor surat
3	Diisi tanggal surat
4	Diisi jumlah lampiran surat
5	Diisi tujuan surat yaitu Kepala BPJS Kesehatan mitra Satker
6	Diisi alamat kantor BPJS Kesehatan mitra Satker
7	Diisi Nomor Peraturan Direktur Jenderal Perbendaharaan tentang Tata Cara Pemotongan Iuran Jaminan Kesehatan Bagi Anggota Keluarga yang Lain
8	Diisi nama Satker
9	Diisi nomor urut (1, 2, 3, dst)
10	Diisi nama, NIP/NRP, dan NIK PPU pusat penanggung iuran jaminan kesehatan anggota keluarga yang lain
11	Diisi nama anggota keluarga lainnya yang diikutsertakan menjadi peserta jaminan kesehatan
12	Diisi Nomor Induk Kependudukan (NIK) anggota keluarga lainnya yang diikutsertakan menjadi peserta jaminan kesehatan
13	Diisi nomor Kartu Keluarga (KK) anggota keluarga yang lain yang diikutsertakan menjadi peserta jaminan kesehatan
14	Diisi status anggota keluarga lainnya yang diikutsertakan menjadi peserta jaminan kesehatan (Anak ke-4, anak ke-5 dst, Ayah, Ibu, Ayah Mertua, Ibu Mertua)
15	Diisi terkait status eligibilitas kepesertaan anggota keluarga yang lain (kolom ini diisi oleh BPJS Kesehatan mitra Satker)
16	Diisi keterangan alasan/catatan terkait eligibilitas kepesertaan anggota keluarga yang lain (kolom ini diisi oleh BPJS Kesehatan mitra Satker)
17	Diisi nama Satker
18	Diisi tanda tangan KPA/PPK
19	Diisi nama KPA/PPK
20	Diisi nomor NIP/NRP KPA/PPK