JAMSOSTEK

Formulir Jamsostek 1a

PENDAFTARAN TENAGA KERJA DAN PEMBERITAHUAN PERUBAHAN IDENTITAS TENAGA KERJA DAN SUSUNAN KELUARGA

☐ Pendaftaran Baru ☐ Perubahan Data **

BAGIAN I : IDENTITAS DATA TENAGA KERJA

Apakah sebelumnya anda sudah menjadi peserta Jamsostek ? * ☐ Belum ☐ Sudah

(diisi pihak Jamsostek)

Bila sudah, mohon lengkapi Nomor KPJ Anda :

NPP

KPJ

Nama Perusahaan * (*sesuai perusahaan sekarang*) P T . S A M S U N G E L E C T R O N I C S I N D O N E S I A

Nomor Induk Karyawan

Nama Unit Kerja (Cabang) **Kode Unit Kerja :**

Nama Lengkap Tenaga Kerja : *
(*sesuai identitas diri*)

*Nama Depan ** *Nama Tengah **

*Nama Belakang ** *Gelar **

Pendidikan terakhir: ☐ SD ☐ D3 ☐ SMP ☐ S1 ☐ SMA ☐ *S2/S3*

Tempat/Tgl Lahir : * /

Nama kota/Propinsi *Tgl* *Bln* *Tahun*

Jenis Kelamin : * ☐ Laki-laki ☐ Perempuan Status Pernikahan : ☐ Belum Menikah ☐ Menikah

Golongan Darah ☐ **O** ☐ **A** ☐ **B** ☐ **AB** Kewarganegaraan
Diisi Khusus untuk warga negara asing

Identitas Diri :*) ☐ **KTP** ☐ **Paspor**

Nomor Identitas Diri : *) Berlaku s/d : * *Tgl* *Bln* *Tahun*

Nomor NPWP :

Nama Gadis Ibu Kandung

Alamat Lengkap : *
(*sesuai identitas diri*)

Kota *Kode Pos*

Alamat Surat-Menyurat : *

Kota *Kode Pos*

No. Telepon Rumah

No. Telepon Kantor Ext

No. HP

Alamat Email

Surat menyurat ke : * (*pilih salah satu*) ☐ Alamat Surat Menyurat ☐ Alamat Email

Rekening Bank Yang Dimiliki

Nama Bank

Cabang

Nomor Rekening Bank

Atas Nama

Kode Bank
(diisi pihak Jamsostek)

BAGIAN II : SUSUNAN KELUARGA

Hubungan Keluarga	Nama Anggota Keluarga (seperti yang tercantum dalam Kartu Keluarga)	Tgl Lahir (dd-mm-yyyy)	Jenis Kelamin (L / P)	Golongan Darah (O,A, B, AB)	Keterangan (hanya untuk perubahan data)
Istri/Suami					☐ Cerai ☐ Meninggal dunia
Anak					☐ Lahir ☐ Menikah ☐ Menir Meninggal dunia
Anak					☐ Lahir ☐ Menikah ☐ Menir Meninggal dunia
Anak					☐ Lahir ☐ Menikah ☐ Menir Meninggal dunia

BAGIAN III : FASILITAS KESEHATAN YANG DIPILIH (diisi bila mengikuti Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan)

Failitas Kesehatan	Nama dan alamat fasilitas kesehatan (dalam hal berubah asilitas jelaskan alasannya)	Kode PPK (diisi pihak Jamsostek)
Balai Pengobatan Umum		
Balai Pengobatan Gigi		
Rumah Bersalin		

Cap Jempol Kiri

Tanda Tangan Tenaga Kerja

Pas Foto 2 X 3

Diterima oleh Petugas Jamsosek

tgl bulan tahun

Ttd / Cap

Keterangan : Seluruh informasi wajib diisi secara lengkap, isi dengan silang atau centang pada isian berbentuk kotak (☐)