

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

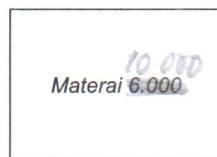
Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama :
NIK :
Tempat/Tgl Lahir :
Alamat :
Nomor Kartu BPI 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 tanggungjawab 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.



()

Keterangan:

*) Coret yang tidak perlu

**) Coret pribadi dan pemberi kerja untuk peserta Pekerja Bukan Penerima Upah atau Coret Pribadi untuk Pekerja Penerima Upah