SURAT PERNYATAAN

KELUAR DARI PROGRAM PENERIMA BANTUAN IURAN (PBI) APBN

Saya yang menerangkan dan bertandatangan dibawah ini :

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **No.** | **Nama** | **Status** | **No. Kartu** | **NIK** |
| 1. | Nama YBS |  |  |  |
| 2. | Nama Keluarga |  |  |  |
|  | dst |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Alamat Tempat Tinggal : Rt…....... Rw…....... No. Rumah…...... Kel/Dusun…………….........

Kab/Kota ……………………

Menyatakan untuk keluar/mengundurkan diri dari program Penerima Bantuan Iuran (PBI) APBN

Terhitung mulai tanggal ….. bulan ……………. Tahun ……… dengan konsekuensi kehilangan hak atas :

1. Bantuan Siswa Miskin
2. Program Keluarga Harapan
3. Subsidi Beras Miskin
4. Bantuan Langsung Sementara Masyarakat

Dengan ini saya mengucapkan banyak terima kasih atas kesempatan yang diberikan selama ini untuk mengikuti program jaminan kesehatan yang diselenggarakan oleh BPJS Kesehatan atas beban biaya Pemerintah

Demikian Surat pernyataan keluar dari program jaminan kesehatan PBI APBN ini saya buat dengan sadar dan sebenarnya.

……………………………

Materai 6000

(……………..…….)

PROSEDUR PENGAJUAN:

1. MENGISI FORM DI ATAS DENGAN DIKETIK KOMPUTER
2. MENYERAHKAN FORM KE BAGIAN OKH SESUAI BATAS PENGUMPULAN