

## DAFTAR LAMPIRAN

### Lampiran 1. Kuitansi Iuran

Kantor Cabang : L00 - SEMARANG PEMUDA	Lembar 1 : untuk perusahaan Lembar 2 : untuk arsip
<b>KUITANSI IURAN</b> Nomor : [REDACTED]	
Sudah Terima Dari :	
Nama Perusahaan : [REDACTED]	NPP [REDACTED] Unit Kerja : 000
Alamat : [REDACTED]	
Banyaknya uang : Rp. 14,401,268.00	
Terbilang :	# Empat Belas Juta Empat Ratus Satu Ribu Dua Ratus Enam Puluh Delapan Rupiah #
Untuk Pembayaran Iuran Bln : 09-2019	
Metode Pembayaran : EPS	
Keterangan :	KOTA SEMARANG, 06-09-2019 Penerima
- Iuran dianggap lunas apabila pembayaran iuran sudah sesuai dengan rincian data upah	[REDACTED]
	28353F37A9502155984EAC3FBC3586EE

## Lampiran 2. Sistem Informasi Pengimputan Data Iuran

**Iuran Tenaga Kerja**

Kode Iuran	BLTH	Upah	Rapel	JHT	JKK	JKM	JP	Jumlah
[REDACTED]	02-2018	2,310,087.00	0.00	131,674.96	5,544.21	6,930.26	69,302.61	213,452.04
[REDACTED]	03-2018	2,310,087.00	0.00	131,674.96	5,544.21	6,930.26	69,302.61	213,452.04
[REDACTED]	04-2018	2,310,087.00	0.00	131,674.96	5,544.21	6,930.26	69,302.61	213,452.04
[REDACTED]	05-2018	2,310,087.00	0.00	131,674.96	5,544.21	6,930.26	69,302.61	213,452.04
[REDACTED]	06-2018	2,310,087.00	0.00	131,674.96	5,544.21	6,930.26	69,302.61	213,452.04
[REDACTED]	07-2018	2,310,087.00	0.00	131,674.96	5,544.21	6,930.26	69,302.61	213,452.04
[REDACTED]	08-2018	2,310,087.00	0.00	131,674.96	5,544.21	6,930.26	69,302.61	213,452.04
[REDACTED]	09-2018	2,310,087.00	0.00	131,674.96	5,544.21	6,930.26	69,302.61	213,452.04
[REDACTED]	10-2018	2,310,087.00	0.00	131,674.96	5,544.21	6,930.26	69,302.61	213,452.04
[REDACTED]	11-2018	2,310,087.00	0.00	131,674.96	5,544.21	6,930.26	69,302.61	213,452.04
<b>Total Keseluruhan:</b>		<b>23,100,870.00</b>	<b>0.00</b>	<b>1,316,749.60</b>	<b>55,442.10</b>	<b>69,302.60</b>	<b>693,026.10</b>	<b>2,134,520.40</b>

## Lampiran 3. Formulir Kecelakaan Kerja Tahap I

**BPJS Ketenagakerjaan** **LAPORAN KASUS KECELAKAAN KERJA TAHAP I** **Formulir 3 KK 1**  
BPJS Ketenagakerjaan

Laporan Kasus Kecelakaan Kerja Tahap I  
Wajib dilaporkan dalam waktu 2 X 24 Jam sejak terjadi kasus kecelakaan kerja

1. Nama Perusahaan \*)  
Kode Mitra/ Kode Proyek  
Alamat  
No telp perusahaan  
Nama Kontak personil perusahaan

2. Nama Peserta  
Nomor Referensi / nomor Peserta  
Jenis Kelamin  
Tanggal Lahir  
Alamat/ no telp  
Kode Pos  
No Telp/hp

Jenis Pekerjaan/jabatan  
Unit / Bidang/ Bagian perusahaan

3. Upah tenaga kerja yang diterima  
Jumlah upah yang diterima  
Terbilang upah yang diterima

4. Tempat kejadian kecelakaan  
Alamat lokasi kejadian kecelakaan  
Tanggal Kecelakaan

5. Deskripsi kecelakaan  
a) Tindakan bahaya penyebab kecelakaan  
b) Kondisi yang memperburuk bahaya dan menjadi pemicus terjadinya kecelakaan  
c) Cara kecelakaan yang terjadi  
d) Sumber penyebab cedera

1.  laki-laki  Perempuan  
2.  per hari  per bulan  borongan  
Rp. 2.310.100,-  
Dua juta tiga ratus sepuluh ribu rupiah  
 di lokasi kerja  di luar lokasi kerja  lalu-lintas  
20 05 18 jam kejadian 11 05  
 Memakai peralatan yang berbahaya  
 Lupa menggunakan alat pelindung diri (APD)  
 Perilaku saat bekerja tidak aman  
 Mengalami gangguan perhatian dan konsentrasi  
 Pengamanan yang tidak sempurna  
 Adanya kecacatan (disabilitas)  
 Penanganan yang tidak sempurna  
 Suasana kerja yang tidak aman  
 Getaran yang berbahaya  
 Peralengkapan yang digunakan tidak aman  
 Bekerja dengan kecapaian membahayakan  
 Bongkar pasang barang/bongkar muat barang  
 Berasaja dengan objek/benda yang berputar  
 Lantai  
 Penggunaan peralatan/bahan yang tidak tepat  
 Adanya prosedur/pengaturan yang tidak aman  
 Ventilasi tidak sempurna  
 Tekanan udara yang tidak aman  
 Ruang  
 Adanya gerakan (perputaran)  
 Terbenam  Terjukul  Terpapar  Tersengat aliran listrik  
 Tertangkap  Terjijit  Jatuh dari ketinggian yang sama  
 Tergeser  Terjerit  Jatuh dari ketinggian berbeda  
 Terlempar  Terlempar  Penghancuran (Penyerapan)  
 Mesin (Pretak, Bor, Bregak, dll)  
 Pengangkut/Pengangkat barang  
 Peralatan pekerjaan tangan  
 Bahan kimia  
 Faktor lingkungan  
 Bahan mudah terbakar dan benda tajam  
 Pengerak mula dan pompa  
 Conveyor  
 Pesawat wa dan benda tekan  
 Debu Berbahaya  
 Bintang  
 Lift (Barang, orang)  
 Alat mekanis mekanik  
 Peralatan listrik  
 Radiasi dan bahan radioaktif  
 Pemukiman terdampar di lingkungan kerja

## Lampiran 4. Formulir Kecelakaan Kerja Tahap II

BPJS Ketenagakerjaan		LAPORAN KASUS KECELAKAAN KERJA TAHAP II		Formulir 3a KK 2 BPJS Ketenagakerjaan	
Laporan Kasus Kecelakaan Kerja Tahap II Wajib dilaporkan dalam waktu 2 X 24 Jam Sejak pekerja dinyatakan sembuh, cacat, atau meninggal dunia			Formulir ini berfungsi juga sebagai pengajuan pembayaran Jaminan Kecelakaan Kerja		
1. Nama Perusahaan *)	:	[Redacted]			
Kode Mitra / No. Proyek	:	[Redacted]			
Alamat:	:	Desa/Kel. <u>Trimulyo</u> Kec. <u>Denuk</u> Kota/Kab. [Redacted]			
No telp perusahaan	:	[Redacted]			
Nama Kontak personil perusahaan	:	[Redacted]			
2. Nama Peserta	:	[Redacted]			
Nomor Referensi / nomor Peserta	:	[Redacted]			
Jenis Kelamin	:	<input checked="" type="checkbox"/> Laki-laki <input type="checkbox"/> Perempuan			
Tanggal Lahir	:	[Redacted] / [Redacted] / [Redacted]			
Alamat/ no telp	:	Desa/Kel. <u>Cakran</u> Kec. <u>Demak</u> Kota/Kab. [Redacted]			
Kode Pos	:	[Redacted]			
Jenis Pekerjaan/jabatan	:	<u>operator</u>			
Unit / Bidang/ Bagian perusahaan	:	<u>Carpenter</u>			
3. Tanggal Kecelakaan	:	[Redacted]			
4. Laporan kasus kecelakaan kerja Tahap I telah disampaikan kepada BPJS Ketenagakerjaan dan Kantor Dinas Tenaga Kerja	:	<input type="checkbox"/> belum disampaikan <input type="checkbox"/> sudah disampaikan pada [Redacted] [Redacted] [Redacted]			
5. Pengajuan Pembayaran oleh	:	<input type="checkbox"/> Perusahaan <input type="checkbox"/> Peserta <input type="checkbox"/> Fasilitas Trauma Center <input type="checkbox"/> Ahli Waris			
a) Biaya pengangkutan	:	Rp [Redacted]			
b) Biaya pengobatan dan perawatan	:	Rp [Redacted]			
c) Biaya Rehabilitasi	:	Rp [Redacted]			
d) Biaya prothese / orthesa	:	Rp [Redacted]			
e) Biaya Pemakaman	:	Rp [Redacted]			
Penerima manfaat pembiayaan	:	<input type="checkbox"/> Perusahaan <input type="checkbox"/> Peserta <input type="checkbox"/> Fasilitas TC <input type="checkbox"/> Ahli Waris			
6. Pengajuan Santunan Sementara Tidak Mampu Bekerja (STMB)	:	a) Periode [Redacted] s.d. [Redacted] Jumlah besarnya STMB Rp [Redacted]			
	:	b) Periode [Redacted] s.d. [Redacted] Jumlah besarnya STMB Rp [Redacted]			
	:	c) Periode [Redacted] s.d. [Redacted] Jumlah besarnya STMB Rp [Redacted]			
7. Urutan keterangan dokter terang kondisi fask/mental peserta pasca kecelakaan kerja	:	<input type="checkbox"/> Terlampir pada surat keterangan dokter kasus kecelakaan kerja (formulir 3b KKS) <input type="checkbox"/> Tidak Terlampir			