



## LAPORAN KECELAKAAN KERJA TAHAP II

Nomor : .....

Diterima tanggal :		(diisi oleh petugas TASPEN)
1.	<b>Nama Rumah Sakit</b>	
	Alamat dan Nomor Telepon	
2.	<b>Nama Peserta</b>	
	a. Tempat/ Tgl Lahir	
	b. Notas/ NIP	
	c. Jenis Kelamin	<input type="checkbox"/> Laki-laki <input type="checkbox"/> Perempuan
	d. Jabatan/ Gol	/
	e. Instansi/Unit/ Bagian	
	f. Alamat dan Nomor Telepon	
3.	<b>Uraian Kejadian</b>	
	a. Tempat Kejadian	
	b. Tanggal dan Waktu Kejadian	/
4.	<b>Laporan Kecelakaan Kerja Tahap I sudah diserahkan ke PT TASPEN (PERSERO) pada tanggal</b>	
5.	<b>Biaya yang telah dibayar oleh peserta:</b>	
	a. Biaya pengangkutan dari tempat kecelakaan kerja ke RS atau ke rumah peserta	Rp
	b. Biaya pengobatan dan perawatan	Rp
	c. Biaya Prothese/Orthose	Rp
	d. Biaya pemakaman	Rp
	e. Jumlah seluruhnya	Rp
6.	<b>Nama dan alamat penerima santunan keluarga (melampirkan Daftar Keluarga yang sah)</b>	
7.	<b>Berdasarkan Surat Keterangan Dokter peserta ditetapkan:</b>	
	a. Keadaan sementara tidak mampu bekerja berakhir	Tanggal :
	b. Keadaan cacat sebagian untuk selamanya	Tanggal :
	c. Keadaan cacat sebagian untuk selama-lamanya baik fisik maupun mental	Tanggal :
	d. Meninggal dunia	Tanggal :
8.	<b>Uraian tentang cacat untuk selama-lamanya diderita tenaga kerja tersebut dengan melampirkan Surat Keterangan Dokter atau Surat Keterangan Dokter Penyakit Akibat Kerja</b>	

Kepala Rumah Sakit

.....  
 Dibuat dengan sesungguhnya  
 Pemohon: PNS/Ahli Waris/Kabag  
 Keuangan Rumah Sakit

.....  
 NIP ...