**Lampiran E**

**KOP SATUAN**

 Kota , bulan tahun

Nomor : B / / / 20...

Klasifikasi : Biasa

Lampiran : Iembar

Perihal : Keterangan Keanggotaan TNI/Polri/

 PNS Kemhan/Polri

 Kepada

Yth. Pimpinan Fasilitas Kesehatan

 di

 Tempat

1. Dengan ini menerangkan bahwa :

Nama : .

Pangkat/Gol :

NRP/NIP :

No. KTPA :

Kesatuan :

Alamat :

1. Adalah benar Anggota Aktif Satuan

1. Demikian disampaikan untuk digunakan sebagaimana mestinya.

 Komandan/Kepala Unit Satuan Kerja

 Nama

 Pangkat/Korps/NRP

Tembusan:

1. Komando Atas
2. Jasa Raharja (khusus Laka Lalin)
3. Kepala Divisi Pelayanan PTASABRI (Persero)
4. Pimpinan (Pusat/Daerah) BPJS Kesehatan (Bila kecelakaan bukan karena dinas)