

Lampiran I : Peraturan Walikota Singkawang  
Nomor 18 Tahun 2015  
Tentang Pedoman Pengelolaan Dana Kapitasi Jaminan  
Kesehatan Nasional Pada Fasilitas Kesehatan Tingkat  
Pertama Milik Pemerintah Kota Singkawang

CONTOH FORMAT  
BUKU KAS BENDAHARA DANA KAPITASI JKN  
DALAM RANGKA PENCATATAN PENDAPATAN DAN BELANJA

Kepala FKTP :.....  
Bendahara Dana Kapitasi JKN :.....

NO	TANGGAL	NO.BUKTI	URAIAN	PENDAPATAN	BELANJA	SALDO
1	2	3	4	5	6	7
			Jumlah sampai Dengan bulan lalu.....			
			Jumlah bulan ini .....			
			Jumlah sampai Dengan bulan ini .....			

Mengesahkan,  
Kepala FKTP.....

Bendahara Dana Kapitasi JKN,

.....  
NIP.....

.....  
NIP.....

**Tata cara Pengisian Format Buku Kas :**

1. Kolom 1, diisi dengan nomor urut;
2. Kolom 2, diisi dengan tanggal pendapatan dan tanggal belanja atas pemanfaatan dana kapitasi JKN;
3. Kolom 3, diisi dengan Nomor Bukti Dokumen / Surat Pertanggungjawaban Yang Sah (Bukti SPJ);
4. Kolom 4, diisi dengan uraian pendapatan dan belanja atas dana kapitasi JKN;
5. Kolom 5, diisi dengan jumlah rupiah dana kapitasi yang diterima di rekening kas bendahara dana kapitasi JKN;
6. Kolom 6, diisi dengan jumlah rupiah dana kapitasi yang dikeluarkan dari rekening kas bendahara dana kapitasi JKN;
7. Kolom 7, diisi dengan jumlah saldo kas dana kapitasi yang belum digunakan.

WALIKOTA SINGKAWANG,

ttd

AWANG ISHAK

Salinan sesuai dengan aslinya

KEPALA BAGIAN HUKUM DAN PERUNDANG-UNDANGAN,



YASMALIZAR, S.H.

Pembina

NIP. 19681016 199803 1 004

Lampiran II : Peraturan Walikota Singkawang  
Nomor 18 Tahun 2015  
Tentang Pedoman Pengelolaan Dana Kapitasi Jaminan  
Kesehatan Nasional Pada Fasilitas Kesehatan Tingkat  
Pertama Milik Pemerintah Kota Singkawang

CONTOH FORMAT

LAPORAN REALISASI DANA KAPITASI JKN PADA FKTP.....  
PROPINSI/KABUPATEN/KOTA.....

Bersama ini kami laporkan realisasi atas penggunaan dana kapitasi JKN untuk bulan.....sebagai berikut:

NO	URAIAN	JUMLAH ANGGARAN (Rp)	JUMLAH REALISASI (Rp)	SELISIH/KURANG (Rp)
	Saldo Bulan Lalu			
	Pendapatan			
	Jumlah			
	Belanja			

Laporan realisasi yang disampaikan telah sesuai dengan sasaran penggunaan yang telah ditetapkan dengan peraturan perundang-undangan dan telah didukung oleh kelengkapan dokumen yang sah sesuai ketentuan yang berlaku dan bertanggung jawab atas kebenarannya.

Demikian laporan realisasi ini dibuat untuk digunakan sebagaimana mestinya.

.....tanggal.....

Kepala FKTP.....

.....

NIP.....

CONTOH FORMAT  
SURAT PERNYATAAN TANGGUNG JAWAB

---

SURAT PERNYATAAN TANGGUNG JAWAB

Nomor :.....(1)

1. Nama FKTP .....(2)  
2. Kode Organisasi .....(3)  
3. Nomor/tanggal DPA-SKPD .....(4)  
4. Kegiatan .....(5)

Yang bertanda tangan dibawah ini .....(6)

Menyatakan bahwa saya bertanggung jawab atas semua realisasi pendapatan yang telah diterima dan belanja yang telah dibayar kepada yang berhak menerima, yang dananya bersumber dari Dana Kapitasi JKN dan digunakan langsung oleh FKTP pada bulan.....(7) tahun anggaran.....(8) dengan rincian sebagai berikut.

PENDAPATAN		BELANJA	
Kode Rekening	Jumlah	Kode Rekening	Jumlah
.....	Rp.....	.....	Rp.....
Jumlah Pendapatan	.....	Jumlah Belanja	.....

Bukti - bukti pendapatan dan / atau belanja di atas disimpan sesuai ketentuan yang berlaku untuk kelengkapan administrasi dan keperluan pemeriksaan aparat pengawas.

Apabila dikemudian hari terjadi kerugian daerah, saya bersedia bertanggung jawab sepenuhnya atas kerugian daerah dimaksud dan dapat dituntut penggantian sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Demikian Surat Pernyataan ini dibuat dengan sebenarnya.

.....(9)

Kepala FKTP.....

.....(10)

NIP.....

**TATA CARA PENGISIAN FORMAT SURAT PERNYATAAN TANGGUNG  
JAWAB (SPTJ)**

1. Diisi dengan nomor SPTJ FKTP di SKPD Dinas Kesehatan yang bersangkutan.
2. Diisi nama FKTP pada SKPD Dinas Kesehatan yang bersangkutan.
3. Diisi kode FKTP pada SKPD Dinas Kesehatan yang bersangkutan.
4. Diisi nomor dan tanggal DPA-SKPD yang bersangkutan.
5. Diisi kode kegiatan.
6. Diisi dengan nama Kepala FKTP yang bersangkutan.
7. Diisi dengan Bulan Berkenaan.
8. Diisi dengan Tahun Anggaran Berkenaan.
9. Diisi tempat dan tanggal diterbitkannya SPTJ.
10. Diisi Nama dan NIP Kepala FKTP.

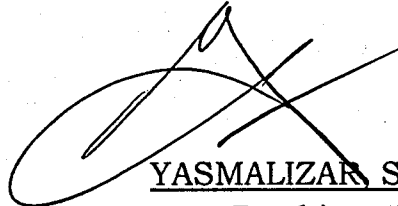
WALIKOTA SINGKAWANG,

ttd

AWANG ISHAK

Salinan sesuai dengan aslinya

KEPALA BAGIAN HUKUM DAN PERUNDANG-UNDANGAN,



YASMALIZAR S.H.

Pembina

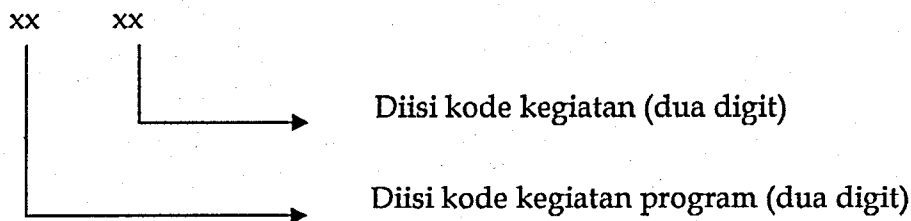
NIP. 19681016 199803 1 004

**CONTOH FORMAT**  
**SURAT PERMINTAAN PENGESAHAN PENDAPATAN DAN BELANJA (SP3B)**  
**FKTP**

NIP.....(22)

## TATA CARA PENGISIAN FORMAT SP3B FKTP

- (01) Diisi uraian nama SKPD Kesehatan Propinsi/Kabupaten/Kota;
- (02) Diisi tanggal SP3B FKTP;
- (03) Diisi nomor SP3B FKTP;
- (04) Diisi nama SKPD Kesehatan Propinsi/Kabupaten/Kota;
- (05) Diisi jumlah saldo akhir pada SP2B FKTP bulan sebelumnya. Khusus untuk saldo bulan Januari Tahun Anggaran 2014 diisi jumlah nihil dalam rangka pengajuan SP3B FKTP;
- (06) Diisi jumlah pendapatan yang telah diterima dalam kas FKTP;
- (07) Diisi jumlah belanja yang telah dibayar dari kas FKTP;
- (08) Diisi jumlah saldo akhir (saldo awal + pendapatan - belanja);
- (09) Diisi periode bulan berkenaan;
- (10) Diisi Tahun Anggaran berkenaan;
- (11) Diisi dasar penerbitan SP3B FKTP, antara lain : Nomor peraturan Daerah tentang APBD/Perubahan APBD, dan Nomor serta tanggal DPA-SKPD Dinas Kesehatan;
- (12) Diisi dengan kode urusan, organisasi dan uraian nama FKTP pada SKPD Dinas Kesehatan;
- (13) Diisi kode program dan kegiatan SKPD Dinas kesehatan;



- (14) Diisi kode rekening pendapatan;
- (15) Diisi jumlah nominal rupiah untuk kode rekening pendapatan;
- (16) Diisi jumlah nominal rupiah untuk seluruh pendapatan;
- (17) Diisi kode rekening belanja;
- (18) Diisi jumlah nominal rupiah untuk kode rekening belanja;
- (19) Diisi jumlah nominal rupiah untuk seluruh belanja;
- (20) Diisi lokasi instansi penerbit SP3B FKTP dan tanggal penerbitan SP3B FKTP;
- (21) Diisi nama Kepala SKPD Dinas Kesehatan;
- (22) Diisi NIP Kepala SKPD Dinas Kesehatan.

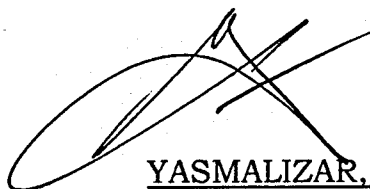
WALIKOTA SINGKAWANG,

ttd

AWANG ISHAK

Salinan sesuai dengan aslinya

KEPALA BAGIAN HUKUM DAN PERUNDANG-UNDANGAN,



YASMALIZAR, S.H.

Pembina

NIP. 19681016 199803 1 004

Lampiran IV : Peraturan Walikota Singkawang  
Nomor 18 Tahun 2015  
Tentang Pedoman Pengelolaan Dana Kapitasi Jaminan  
Kesehatan Nasional Pada Fasilitas Kesehatan Tingkat  
Pertama Milik Pemerintah Kota Singkawang

CONTOH FORMAT

SURAT PENGESAHAN PENDAPATAN DAN BELANJA (SP2B) FKTP

<div>LOGO DAERAH</div>	<div>SURAT PENGESAHAN</div> <div>PENDAPATAN DAN BELANJA (SP2B) FKTP</div> <div>Nama BUD/Kuasa BUD : .....(05)</div> <div>Tanggal : .....(06)</div> <div>Nomor : .....(07)</div> <div>Tahun Anggaran : .....(08)</div>
<div>Nomor SP3B FKTP : .....(01)</div> <div>Tanggal : .....(02)</div> <div>Kode dan Nama SKPD : .....(03)</div> <div>Nama FKTP : .....(04)</div>	

Telah disahkan pendapatan dan belanja sejumlah :

Saldo Awal	Rp. ....(09)
Pendapatan	Rp. ....(10)
Belanja	Rp. ....(11)
Saldo Akhir	Rp. ....(12)

.....(13).....,tanggal .....  
(14)

.....

.....(15).....  
NIP.....(16).....

## TATA CARA PENGISIAN FORMAT SP2B FKTP

- (01) Diisi dengan nomor SP3B FKTP;
- (02) Diisi dengan tanggal SP3B FKTP;
- (03) Diisi dengan Kode dan Nama SKPD Dinas Kesehatan yang bersangkutan;
- (04) Diisi dengan nama FKTP pada SKPD Dinas Kesehatan yang bersangkutan;
- (05) Diisi dengan nama BUD/Kuasa BUD;
- (06) Diisi tanggal penerbitan Surat Pengesahan Pendapatan dan Belanja (SP2B) FKTP;
- (07) Diisi dengan nomor penerbitan SP2B FKTP;
- (08) Diisi dengan tahun anggaran penerbitan SP2B FKTP
- (09) Diisi dengan jumlah saldo awal yang tercantum dalam SP3B FKTP;
- (10) Diisi dengan jumlah pendapatan yang tercantum dalam SP3B FKTP;
- (11) Diisi dengan jumlah belanja yang tercantum dalam SP3B FKTP;
- (12) Diisi dengan jumlah saldo akhir yang tercantum dalam SP3B FKTP;
- (13) Diisi dengan nama kota tempat dan tanggal penerbitan SP2B FKTP;
- (14) Diisi dengan nama Jabatan (BUD/Kuasa BUD);
- (15) Diisi dengan nama BUD/Kuasa BUD;
- (16) Diisi NIP BUD/Kuasa BUD yang bersangkutan.

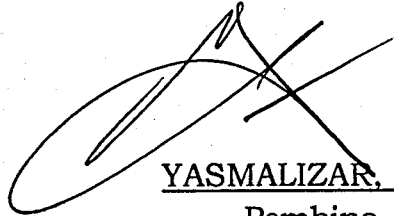
WALIKOTA SINGKAWANG,

ttd

AWANG ISHAK

Salinan sesuai dengan aslinya

KEPALA BAGIAN HUKUM DAN PERUNDANG-UNDANGAN,



YASMALIZAR, S.H.

Pembina

NIP. 19681016 199803 1 004