

された。

この特例法の有効期限は、昭和四十四年八月三十一日と定められていたため、その延長をふみきることなく、同年に廃止となつた。

しかしながら、薬剤にかかる一部負担を除いて、初診時および入院時にかかるものは、本法の改正により、現行に至っている。

二 健康保険の一部負担制度の意義

健康保険では、一部負担制度新設の当初から、一部負担制度を必要とする論として、まず濫受診を防止し、医療費を節減することができること、また、容易に疾病に感受し、軽症を重症と疑信し、単に精神作用により発病を来すようないわゆる疾病恐怖症を防止することができること、さらにこのような疾病恐怖症は健康をそこなうのみならず、無益に保険の財源を費消するものであり、一部負担によりこれを防止することができれば、低廉な保険料で保険経済を維持することができるので、結局一部は負担は被保険者に利であると考えられた。

ところが、最近では、特に昭和三十二年度の一部負担制度の改正に当っては、近來、医療水準は、医学の進歩、新薬の出現、医療機関の警備等により纏めて高度な発達をとげ、一部負担の制度は、この高度な水準を維持しつつしかも健康保険を発展させてゆくために制度的に必要なものである。

しかも、高度の医療水準を維持するためには、医療に要する費用の増嵩を伴う現状においては、療養の給付を受ける被保険者と、健康な被保険者との間における公平の見地からしても、一部負担の制度は必要なものであると考えら

れている。

だが、これらの意見に対しては、反対論として、保険は、保険料の対償として保険給付を行なうのであり、この上さらに金銭負担をさせることは保険の理論に反すること、また、一部負担の能力がないときには、療養の機会を失わせるおそれがある等の意見が出されている。

三 国民健康保険の一部負担制度の沿革

国民健康保険においては、制度創設以来一部負担金制度が設けられており、昭和十三年の制定当初においては、組合(当初の制度においては保険者は普通国民健康保険組合、特別国民健康保険組合および営利を目的としない社団法人である。)は、療養の給付に要する費用の一部をその給付を受ける者(給付を受ける者が組合員でない場合はその属する世帯の組合員)から徴収することができることとされた。そしてこれは、これによつて診療の濫用を防止するとともに組合員の常時の負担である保険料の軽減を図ろうとする趣旨に基づくものである。

この時の一部負担の割合、徴収方法などは、組合の実情に即して定めるようにそれぞれの組合の方針に委ねられた。なお、運営上一部負担金の徴収方法は、窓口徴収と保険者徴収の方法がとられ、多くの場合後者の方法がとられてきた。

その後昭和二十三年に市町村公営の原則がとられた結果、窓口払の方法は組合の場合ならば認められるものの、市町村については、一部負担金は保険者の徴収金であるために、保険者が市町村の場合は、地方自治法上公営の徴収等を私の団体若しくは個人に委任し、またはその権限をこれらの者に行なわせてはならないということから、一部負担

金を療養担当者の窓口で療養担当者に徴収させることは法的に困難であり、これを可能にするために、昭和二十六年に一部負担金の窓口徴収の制度が確立された。

また、療養の給付を受ける者が、災害、貧困等特別の事由のある場合には、保険料ないしは国民健康保険税と同様に、一部負担金についても減免し、またはその徴収もしくは支払を猶予することとした。

昭和三十三年の法律の全面改正によつて、一部負担金制度は相当の変貌を示すに至つた。

まず、一部負担金の額については、それまでも国民健康保険においては普通、定率法が用いられ、各保険者の条例規約等において、その割合を定めることとなつていたのであるが、国民皆保険の見地から統一の目的をもつて法定するという建前で、一部負担金の負担割合の最高が法定され、その割合を二分の一つまり五割と定められたのである。

これは、療養取扱機関について受ける療養の給付のみならず、看護および移送についても同様である。

そして、この負担割合の引き下げ、つまり給付率の引き上げについては、法は保険者をして漸進的に引き上げることとを期待し、保険財政に支障がないと認められる場合に限り、引き下げることができることとしている。

国民健康保険の被保険者には低所得の者が多く、ことに世帯の生計中心者が疾病にかかり、それが結核とか精神病のような長期疾病であれば、直接に家計に影響し、場合によつては、一部負担金の支払い困難のため、十分な療養を受けられない場合も考えられた。このため、昭和三十六年に世帯主の結核・精神病の長期疾病にかかる療養の給付について、一部負担金の割合を十分の五から十分の三に引き下げられた。

その後、昭和三十七年には、世帯主である被保険者の全疾病について、七割給付が実現し、世帯主にかかる一部負担金は、すべて十分の三に引き下げられた。

また、昭和四十一年の改正により、昭和四十三年から、世帯主以外の被保険者の療養の給付にかかる一部負担金の割合についてもすべて十分の三に引き下げられている。

一部負担金の支払ないしは徴収の方法についても、それまでの窓口払と保険者徴収の二本立を廃して、療養取扱機関について、療養の給付を受ける場合は、原則として療養取扱機関に支払わなければならないものとし、窓口払の原則を確立するにいたつた。

なお、この場合被保険者が療養取扱機関に一部負担金を支払わない場合には、療養取扱機関は、善良なる管理者と同一の注意をもつて、その支払の受領につとめることとし、なお支払がないような場合には、療養取扱機関の請求にもとづいて、保険者が被保険者から徴収し、それを療養取扱機関に交付して、地方公共団体の強制徴収権を媒介にして一部負担金の徴収を確保することとされた。

もちろん、災害や貧困に基づいて一部負担金を支払うことができない被保険者については、保険者が、あらかじめ減免あるいは徴収猶予を行なつて、被保険者の療養取扱機関に対する支払を円滑かつ適正にする措置が講じられることとなつている。

特例的な制度としては、市町村の被保険者の大多数が窓口払により難しい事情があるときは、市町村は都道府県知事の承認を受けて、条例で、窓口払に代えて、市町村の直接徴収とすることができることとされているが、これに該当する保険者は現在では該当がない。

なお、看護および移送の給付についての一部負担金は、被保険者が保険者に納付することとされている。

四 一部負担金の意義

国民健康保険においては、現物給付たる療養の給付は全額を給付する建前である。

しかしながら、現下の被保険者の保険料負担能力、市町村の財政力および国の財政の現状からしてみて、おのずからこれらの財政力には限界があり、この限界度のある財政力をもつてしても、現物給付たる医療、それもわが国社会保険において医学的にも、経済的にもまた社会的にも、適正診療と考えられている医療を給付する場合にはその経費全部を賄うことができないこと、および、国民健康保険はわが国の医療保障政策として是非実施しなければならないことのために財源をいずれかに求めなければならないのである。

しかも、この場合の必要財源が保険給付に要する費用の本質的部分を占めるような額つまり何割とかいうような場合は、これは本来保険関係の当事者によつて、まず基本的な制度として措置すべきものである。

この場合は、保険料に限度があれば、やはり保険料以外の形で被保険者に負担させる方法があるだけである。

この結果が一部負担金となつて考えられるのである。したがつて一部負担金はもともと被保険者のうちで、一定の者、つまり現実の保険給付の受給者に限定され、保険料負担と同様の結果になるような被保険者資格を有する者全体の負担となるような方式は採用されないのである。

このような性質をもつ一部負担金は、正に国民健康保険特有のものである。

第二款 一部負担制度の種類

国民健康保険においては、法第四十二条から第四十四条までの規定および第五十二条の規定により定められているところであるが、それには若干の種類がある。

一 一部負担金の有無による分類

一 一部負担金を必要とする場合

- (1) 療養取扱機関について療養の給付を受ける際の十分の三相当額の一部負担金を支払う場合（法四二条一項）
- (2) 保険者が開設者の同意を得て定める療養取扱機関について療養の給付を受ける際の減せられた割合による一部負担金を支払う場合（法四三条二項）
- (3) 特別の事情がある市町村が開設者の同意を得て定める療養取扱機関について療養の給付を受ける被保険者から一部負担金を徴収する場合（法四三条四項）
- (4) 一部負担金の額を減額された被保険者が減額された一部負担金を支払う場合（法四四条二項）
- (5) 一部負担金の徴収を猶予された被保険者が猶予期限後に保険者に支払う場合（法四四条二項）
- (6) 看護または移送の給付を受けた被保険者が十分の三相当額の一部負担金を保険者に納付する場合（法五二条一項）

- (7) 看護または移送の給付を受けた被保険者が減せられた割合による一部負担金を納付する場合（法五二条二項）

(8) 看護または移送の給付の一部負担金を減額された被保険者が減額された一部負担金を納付する場合（法五二条三項）

(9) 看護または移送の給付の一部負担金の徴収を猶予されたものが、猶予期限後一部負担金を納付する場合（法五二条三項）

二 一部負担金を必要としない場合

(1) 保険者が条例または規約で一部負担金の割合を減ずる場合において、一部負担金を支払うことを要しない、つまり給付率を十割とした場合（法四三条一項）

この一部負担金の割合の減少の方法の如何によつては、世帯主だけが一部負担金を要しない場合もあり、一定の種類の給付について、あるいは結核予防法の公費負担患者に限つて要しないとされる場合もある。

(2) 看護または移送の給付に係る一部負担金について、保険者が、(1)と同様の措置をとつた場合（法五二条二項）

(3) 特別の理由がある被保険者で一部負担金を支払うことが困難であると認められるものに対し、一部負担金の支払が免除された場合（法四四条二項二号）

(4) 特別の理由がある被保険者で、看護または移送の給付に係る一部負担金を納付することが困難であると認められるものに対し、一部負担金の支払が免除された場合（法五二条三項）

二 算定方法による分類

一部負担金を支払い、または納付すべき場合にその額を幾らにするかということは、一部負担制度の根本的な問題

であるが、その算定方法として定率による場合と定額による場合が一般に考えられるところであるが、法はこれについて定率方式を採用している。

旧法においても同法第八条ノ十二の規定で、一部負担金の負担割合については条例等をもつて定められるべき旨を明示しており、定率方式を採用していたが、制度創設時はこのことは明確にされていなかった。

法は、第四十二条第一項および第五十二条第一項の規定により、一部負担金は、その給付に要する費用の十分の三に相当する額とし、また、第四十三条第一項の規定でこの負担割合を減少することができるが、いずれの場合も定率負担である。

ただ、例外的と考えられるのは、特別の理由のある被保険者で一部負担金を支払うことが困難であると認められるものに対して行なわれる一部負担金の減額であるが、この減額方法はあらかじめ保険者によつて定められている定率方式により算定された一部負担金の額を、その減額事由にもとづき特定率方式により減額する方式がとられる。

三 支払対象による分類

一部負担金の支払方法とは、広義の一部負担金の負担方法のことであるが、ここでは一部負担金を支払う相手方ないしは納付する相手方という支払対象によるものである。

支払対象には療養取扱機関と保険者とがあり、法第四十二条第一項の規定による場合が療養取扱機関、その他は同条第二項および第四十三条第四項ならびに第五十二条の規定による場合が保険者である。

四 負担形式による分類

管理方法には、負担形式という基本問題があり、国民健康保険では、療養取扱機関に対する支払、保険者の直接徴収および保険者に対する納付の三種の態様がある。

療養取扱機関に対する支払には法第四十二条第一項の支払があり、保険者の直接徴収には第四十三条第四項の例外規定および第四十四条第一項第三号の規定による徴収猶予の切換の場合の直接徴収である。

保険者への納付の態様をもつものは、法第五十三条第一項の看護または移送の給付に関する一部負担金の保険者に対する納付があり、さらに直接徴収とは異つた意味で、法第四十二条第二項の規定により療養取扱機関の請求に基づいて保険者が保険料その他の徴収の例により処分する場合において保険者の督促により納付する場合がある。

第二款 一部負担金の負担割合

一 法定負担割合

国民健康保険では新法施行当初、一部負担金の額を療養の給付に要する費用の定率二分の一とし、医療費のあと二分の一を保険料と定率二割の国庫負担金等で賄うことにしていたが、この五割定率負担は、旧法において保険者が条例、規約等で自由に定めることができるものとされていたが、この五割定率負担は、旧法において保険者が条態にかんがみ、また当時の国家財政および保険財政の見地からして五割を最高とし、あとは保険者の財政力に任せ、

財政力の充実に伴つて漸次改善を図つてゆくという態度がとられたことによるのである。もちろん五割というのは、健康保険の被扶養者の家族療養費の五割という率に合せたものである。

新法による制度改革に当たり、国民健康保険の給付割合は被用者保険と比べて劣弱であつたことは否定できないからせめて七割給付を行なうべきであるという社会保障制度審議会の勧告その他の意見もあつたところであるが、さきのような理由に基づいて五割を法定し、それ以上は保険者の財政力に期待したのである。

その後、昭和三十六年に世帯主の結核および精神病について七割、昭和三十七年に世帯主全部七割、昭和四十三年からは被保険者全部七割給付に改められている。

二 負担割合の減少

一 減少の要件

法第四十三条第一項の規定により、保険者は、政令の定めるところにより、条例または規約で一部負担金の割合を減することができることとされている（法四三条一項）。つまり、三割という法定負担割合を二割、一割という工合に減少させることである。

旧法では、一部負担金の負担割合は法律で条例、規約等の定めるところに委ねていたので、この種の規定はなかつたのであるが、新法施行当初は法定負担割合を五割としたため給付率の改善を行なう保険者にあつては、政令の定めるところにより、つまり一定の要件を具備することによつて一部負担金の負担割合を減少させ、給付率の向上を図ることができるとしたのである。

国民健康保険の給付率については、つとに各方面からその向上を図るべきことについて意見が出され、新法の制定に際しても給付率を少くとも七割にすべきであるという見解があつたが、国家財政および保険財政の現状からして一律の法定負担割合としては五割ということになつたのである。

その後の変遷については前述のとおりである。

一部負担金の負担割合の引き下げは、もとより国民健康保険として望ましいところではあるが、その引き下げに相当する医療費は保険料をもつて負担するのであるから、単に給付率の向上ということだけで、保険料の負担能力、つまりは保険財政の健全性をそこなうものであつてはならない。

そこで、保険財政の健全性をそなわれないと認められる場合に限り、一部負担金の負担割合を引き下げることができるとされている(令二八条)。このことは極めて当然のことを規定したまでに過ぎないが、ここでいう保険財政の健全性とは本来保険料と国庫負担金とによつて維持すべきものであるが、その他の補助金および一般会計繰入金をも含む趣旨である。

一部負担金の負担割合の引き下げに関する条例の制立改廃については、保険財政の健全性の保持という見地からして、法第十二条の規定に基づく施行令第六条第一号の規定により都道府県知事に対して協議することとされており、また、組合の場合はその負担割合の引き下げを内容とする規約の変更に関する組合会の議決は、都道府県知事の認可を受けなければその効力を生じない(法二七条二項)。

したがつてこの政令の規定は、都道府県知事の市町村に対する協議基準、組合に対する認可基準ともいふべきものである。

この政令の規定により、保険者は、一時借入金によつて一部負担金の負担割合を引き下げることが認められない。

二 減少方法

一部負担金の負担割合の引き下げ方法としては、単純に割合を二割、一割等に被保険者一律に引き下げ方法が一般であつて、この場合はこまかい率の決め方はそれ自体さして合理的ともいえず、また、運営上種々の不便を招くので避けることが望ましい。

また、負担割合を零とし、給付割合を十割とすることも、法第四十三条第一項の規定の解釈として勿論可能であるが、この場合は一部負担金を支払うことを要しないという趣旨の規定になる。

一部負担金の負担割合の減少方法は、以上のようにすべての療養の給付について、またはすべての被保険者に対する関係において、常に同じ率で減少させることとするのが一般の方法であるが、かならずしもこれに拘束されることはない。

一部負担金の負担割合の減少は、給付内容の改善という面から、もとより望ましいことであるので、保険財政の許す範囲内において、合理的と考えられる方式で減少を図ることは可能である。

その方法として三種類あり、第一は、被保険者の別によつて一部負担金の割合に差等を設ける方法で、世帯主、組合員とその他の被保険者を区別する方法、あるいは結核予防法の公費負担患者とその他の被保険者と区別する方法が認められているが、前者の方法が比較的多く採用されている。

結核予防法の規定による公費負担患者の場合は、国民健康保険法の療養の給付および一部負担金の性格上、医療費

から公費負担分を差し引いた残りを療養の給付とし、一部負担金の負担割合が三割の場合には、その三割を被保険者が負担するので、健康保険法の家族療養費の性格から健康保険の被扶養者で公費負担の対象となる者が結果において十割給付を受けられるのと実質的均衡を図る意味合からも、右の措置をとることが認められている。

第二は、給付の種類別に負担割合に差等を設ける方法であつて、例えば入院と入院外とについて入院の場合の負担割合をより減少させる方法であるが、給付の種類別の負担割合の減少は、こまかく区分して行なうことは合理的とはいえない。

第三は、給付期間について負担割合に差等を設ける方法であるが、一定の期間中は負担割合を減少させ、期間経過後は法定割合の三割にする方法などである。

三 負担割合の減少に伴う療養の給付の受給方法の特例

一部負担金の負担割合が減少された以上、被保険者が療養取扱機関の窓口で支払うことを義務づけられている一部負担金を三割から減少された割合の額の一部負担金にしなければならない。

そこで、一部負担金の割合が減ぜられたときは、保険者が開設者の同意を得て定める療養取扱機関（以下「指定療養取扱機関」という。）について療養の給付を受ける被保険者は、その減ぜられた割合による一部負担金を当該療養取扱機関に支払うをもつて足りることとされ、したがつて、仮に一部負担金の負担割合が二割になつた場合は、被保険者は、指定療養取扱機関について療養の給付を受ける場合に限り二割の一部負担金を窓口で支払えばよいのである。

そして、それ以外の一般の療養取扱機関について療養の給付を受ける場合には、法定負担割合である三割の一部負担金を、一応窓口で支払わなければならない。そしてその支払つた一部負担金と減ぜられた割合による一部負担金との

差額は、後で保険者から金銭給付の形で被保険者にいわゆる差額支給されることとなる（法四三条三項）。したがつて、さきの例では、三割を療養取扱機関の窓口で支払い、後で保険者から一割相当額の支給を受けることになる。

このように、被保険者が指定療養取扱機関以外の一般の療養取扱機関について療養の給付を受ける場合に、その窓口で、法定負担割合の一部負担金を支払わなければならないとされたのは、もつぱら、療養取扱機関の窓口事務の煩雑化を防止するためにとられた措置である。

療養取扱機関は、旧法の療養相当者制度とは異り、法律上少くとも、その所在地の都道府県の区域内のすべての保険者とその保険者に係る被保険者との関係において療養取扱機関になるのであるから、その窓口では、被保険者の種類、給付の種類、給付期間の長短によつて種々雑多な一部負担金の負担割合に定められた被保険者を取り扱うこととなり、指定療養取扱機関制度を採用しないと、療養取扱機関は、療養の給付を取り扱うつど、各被保険者について、一部負担割合を調べ、一部負担金の額を計算しなければならないので、その窓口事務は極めて煩雑なものといわなければならない。

指定療養取扱機関と差額支給の制度は、この窓口事務の煩雑化を防止するための制度であつて、療養取扱機関は、指定療養取扱機関となることに同意をした保険者に係る被保険者の療養の給付を取り扱う場合以外の場合には、一般の療養取扱機関として、一律に三割の法定負担割合による一部負担金の支払を受けることができるわけである。

同意を得て定める場合の同意は、保険者が一部負担金の負担割合を条例等をもつて引き下げた以上、窓口事務の煩雑化を押しつけることを避けるためのものであるから、この同意はその事務の処理の態様についての承知であるから、単に承知したという程度の意思表示を内容とするものであり、また、それをもつて足りると解すべきものであつて、

契約書の交換というような要式行為と解すべきものではない。

また、同意を得て定める指定行為は、このように療養取扱機関の窓口事務の煩雑化を避けるために設けられ、それ以外の趣旨に出るものではないから、ある程度の事務処理の煩雑を承知の上で指定療養取扱機関となることを申し出た場合には、保険者はその療養取扱機関を指定療養取扱機関とすることを拒むことができないと解すべきである。

もつとも、指定療養取扱機関の場合でも、大病院等において同意保険者の多い場合、窓口事務の煩雑化を少しでも防止するために、規則の被保険者証の様式で、一部負担割合を保険者が被保険者証に記載することとしている。

なお、この指定療養取扱機関の指定に関しては、施行法第十七条に経過規定があつて、新法の施行の際、現に旧法の規定によつて一部負担金の負担割合を五割未満としていた保険者が、引き続きその割合による場合には、契約していた療養担当者が新法の施行と同時に同法第十五条の規定によつて療養取扱機関となつたときは、この指定療養取扱機関とみなされている。

法第四十三条第三項の規定による差額支給を行なう場合は療養給付費から支出し、法第五十六条第二項の規定による差額支給または同条第三項の規定による支払を行なう場合は療養費から支出する（昭和三四、四八保文発二六九五号）。

第四款 一部負担金の窓口払

一 窓口払の原則

旧法では一部負担金の支払方法に関しては、保険者が被保険者から直接に徴収するところの保険者徴収の方法と、

被保険者をして療養担当者の窓口において支払わせる窓口払の方法とが併用されていた。

注

第八条ノ九 保険者ハ療養ノ給付ニ要スル費用ノ一部（以下一部負担金ト称ス）ヲ其ノ給付ヲ受クル者（給付ヲ受クル者世帯主タル被保険者ニ非ザル場合ニ於テハ其ノ属スル世帯主タル被保険者）ヨリ徴収シ又ハ其ノ者ヲシテ療養担当者ニ支払ハシムルコトヲ得

前項ノ規定ニ於テ世帯主タル被保険者トアルハ普通国民健康保険組合ニ在リテハ世帯主タル組合員、特別国民健康保険組合ニ在リテハ組合員トス
 保険者ハ特別ノ事由アル者ニ対シ一部負担金ヲ減免シ又ハ其ノ徴収若ハ支払ヲ猶予スルコト得

国民皆保険の達成のための基礎条件の整備として新法の制立に際して重要事項と考えられたものに医療組織の問題があつた。従来の療養担当者制度の欠陥を補い、社会保障制度審議会の勧告、厚生省の医療保障委員の報告等を尊重し、従来の保険者の契約による療養担当者制度を改めて健康保険法の制度に類した制度にしようとしたことであつて、その結果が療養取扱機関ならびに国民健康保険医および国民健康保険薬剤師の制度となつた。

従来の療養担当者制度においては、療養担当者は、保険者との契約を媒介にして、契約相手の保険者が市町村であるらうと、組合あるいは社団法人であるらうと、その保険者が一部負担金の取扱いを、保険者徴収の方法によつていか、窓口払の方法によつていかは明確に判つていたのであつた。

ところが、都道府県知事によつて申出を受理されることによつて医療担当者の地位を取得する療養取扱機関制度になると療養取扱機関は、旧法の療養担当者とは異り、法律上の管理関係の上では保険者との繋りが切れ、さらに、旧

制度において契約相手の個々の保険者に対してのみ療養担当者であつたのと異り、新法では療養取扱機関は、少くともその所在地の都道府県の区域内の保険者とその保険者に係る被保険者との関係、そしてさらに申し出ることによつてその他の都道府県の区域内の保険者とその保険者に係る被保険者との関係においてのみ療養取扱機関たる地位にあることとなつた。したがつて療養取扱機関は、所在地の都道府県はもちろんのことその他の都道府県の区域内の保険者が一部負担金の取扱方法を保険者徴収としているかあるいは窓口払としているかということが当然には判らなくなるので、医療組織改善のために療養取扱機関制度を採用する上は、療養取扱機関の事務処理上の便宜を図る点からも取扱方法を統一する必要があるに至つた。

このことだけではなく、医療組織の改善というのは単に療養取扱機関という地位を附与することだけではないことはもちろんで、わが国の医療保険制度の現状からして診療方針、診療報酬等の統一ということも考えられ、そのためにも機関制度をとる必要も生れてきたのであり、こういうことになれば、療養取扱機関が保険者に対して診療報酬を請求する場合に療養取扱機関にとつても保険者にとつても、あるいは連合会のような診療報酬の支払機関にとつても一部負担金の取扱が統一されていることが望ましいのである。

おおむねこのような考え方から一部負担金の取扱の統一が要請されるに至り、そしてそれには健康保険法その他の社会保険各法が採用しており、かつ、合理的と考えられる窓口払の方式を採用することが妥当であるという見解に達したのである。

ここにおいて、新法は、第四十二条第一項の規定により、療養取扱機関について療養の給付を受ける者は、その給付を受ける際、当該給付について療養の給付に要する費用の二分の一に相当する額を一部負担金として当該療養取扱

機関に支払わなければならないこととして発足した。

二 一部負担金の法律的性格

一部負担金は、本来は保険者と被保険者との関係における公法上の債権債務関係と考えられるが、窓口払における関係は、法第四十二条第一項の規定に基づいて、法律上の厚因による療養取扱機関の開設者と被保険者との間の債権債務関係と解すべきである。

したがつて、保険者が特別の理由のある者に対して行なう一部負担金の減額または免除は保険者が債権債務関係の当事者としてではなく法定負担割合の特例措置を法が保険者に委ねている立場として行なうものである。

それゆえに、法第四十三条第四項の規定によつて市町村の大多数の被保険者が窓口払によりがたいと認められる場合の直接徴収および法第四十条第四第一項第三号の一部負担金の徴収猶予措置による場合のみが、保険者と被保険者との間の債権債務関係にあるとみられ、法第四十二条第二項の規定により、善良なる管理者と同一の注意を果した療養取扱機関の請求に基づき保険者の処分関係も債権債務関係の当事者としての保険者ではない。

診療報酬請求書の審査において増減点があつた場合、その事由が診療方針または診療報酬点数表の運用もしくは割引契約内容のいずれにもとづく場合であつても、法第四十五条第一項の診療報酬額となり、したがつて増減点の場合は、被保険者は一部負担金の不足額の支払義務を有し、療養取扱機関はその分の受領責任をもち、両者それぞれ債務者および債権者の立場に立つ（法四二条二項）。また、減点の場合は被保険者は療養取扱機関に対して不当利得返還請求権を有する。